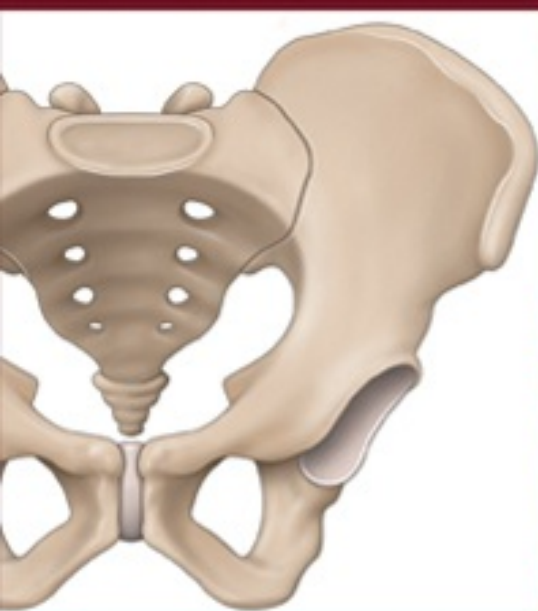


SERGE TIXA
BERNARD EBENEGER

ATLAS

de techniques
articulaires
ostéopathiques



TOME 2
LE BASSIN ET
LA CHARNIÈRE LOMBO-SACRÉE

2^e édition

DIAGNOSTIC

CAUSES

TABLEAU CLINIQUE

RÉDUCTIONS

ELSEVIER

Elsevier Masson

Atlas de techniques articulaires ostéopathiques. Tome 2. Le bassin et la charnière lombo-sacrée

Diagnostic, causes, tableau clinique,
réductions

2E ÉDITION

Serge Tixa

Bernard Ebenegger

Elsevier Masson

Table des matières

Couverture

Page de titre

Page de copyright

Chez le même éditeur

Abréviations

Avant-propos

À propos du diagnostic

Les tests

Le lumbaroll

Les restrictions de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium

Les restrictions de mobilité de l'ilium par rapport au sacrum

La symphyse pubienne

La charniere sacro-lombale

Conclusions

1: Les tests

Test de flexion debout (TFD)

Test de flexion assis (TFA)

Test tissulaire

Tests positionnels

Tests de mobilité

Le test de Downing

2: Le lumbaroll

3: L'ilium

Ilum antérieur

Ilum postérieur

Ilum en ouverture

Ilum en fermeture

Ilum en supériorité

4: Le sacrum

La torsion sacrée antérieure droite/droite

La torsion sacrée antérieure gauche/gauche

La torsion sacrée postérieure droite/gauche

La torsion sacrée postérieure gauche/droite

La bascule sacrée unilatérale antérieure droite

La bascule sacrée unilatérale postérieure droite

5: La symphyse pubienne

Branche symphysaire pubienne droite en infériorité

Branche symphysaire pubienne droite en supériorité

6: La charnière lombo-sacrée

La charnière lombo-sacrée

Annexes

Glossaire

Bibliographie

Page de copyright



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites.

Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Les photographies, imaginées et mises en scène par les auteurs, ont été exécutées par Christian Vaïty.

Les illustrations sont de Cyrille Martinet

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2005, *Masson, Paris*

© 2016 *Elsevier Masson France*

ISBN : 978-2-294-74917-9

e-ISBN : 978-2-294-75430-2

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux
cedex www.elsevier-masson.fr

Chez le même éditeur

Des mêmes auteurs

Atlas de techniques articulaires ostéopathiques. Tome 1, Les membres. S. Tixa et B. Ebenegger, 3^e édition, 2016, 268 pages.

Atlas de techniques articulaires ostéopathiques. Tome 3, Le rachis cervical, thoracique, lombal et côtes. S. Tixa et B. Ebenegger, 2^e édition, 2016, 144 pages.

Atlas d'anatomie palpatoire. Tome 1, Cou, tronc, membre supérieur. S. Tixa, 3^e édition, 2016, 288 pages.

Atlas d'anatomie palpatoire. Tome 2, Membre inférieur. S. Tixa, 3^e édition, 2016, 272 pages.

Chez le même éditeur

Fiches pratiques d'anatomie palpatoire en ostéopathie. P. Gadet et M. Carpentieri, 2015, 360 pages.

Dans la collection Ostéopathie

Manipulations des dysfonctions pelviennes. O. Bazin et M. Naudin, 2016, 302 pages.

Manipulations des nerfs périphériques. J.-P. Barral et A. Croibier, 2^e édition, 2014, 344 pages.

L'imagerie médicale pour les ostéopathes. T. Matthew, 2014, 224 pages.

L'ostéopathie pour les patients de plus de 50 ans. N. Sergueef, 2014, 496 pages.

Ostéopathie du nouveau-né et du jeune-enfant. E. Soyez-Papiernik, 2014, 128 pages.

Nouvelle approche manipulative. Membre inférieur. J.-P. Barral et A. Croibier, 2013, 384 pages.

Nouvelle approche manipulative. Membre supérieur. J.-P. Barral et A. Croibier, 2011, 288 pages.

Anatomie fonctionnelle appliquée à l'ostéopathie crânienne. N. Sergueef, 2009, 368 pages

Abréviations

		<ul style="list-style-type: none">• TFA : test de flexion assis.• TFD : test de flexion debout.• EIAS : épine iliaque antéro-supérieure.• EIAI : épine iliaque antéro-inférieure.• EIPS : épine iliaque postéro-supérieure.• EIPI : épine iliaque postéro-inférieure.• GBD : grand bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.• PBD : petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.• GBG : grand bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.• PPG : petit bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.• TSADD : torsion sacrée antérieure droite/droite.• TSAGG : torsion sacrée antérieure gauche/gauche.• TSPDG : torsion sacrée postérieure droite/gauche.• BSUAD : bascule sacrée unilatérale antérieure droite.• BSUPG : bascule sacrée unilatérale postérieure gauche.• AILD : angle inféro-latéral droit : C'est la partie la plus saillante du bord latéral droit du sacrum.• AILG : angle inféro-latéral gauche : C'est la partie la plus saillante du bord latéral gauche du sacrum.
Des doigts de la main ou des orteils en ce qui concerne le pied	}	<ul style="list-style-type: none">• P1 : phalange proximale ou première phalange.• P2 : phalange ou deuxième phalange ou phalange intermédiaire ou phalange moyenne.• P3 : phalange distale ou phalange unguéale ou troisième phalange ou phalangette.

Avant-propos

Mode d'emploi de l'ouvrage

Cet ouvrage présente un ensemble de techniques manuelles ostéo-articulaires visant à réduire les restrictions de mobilités des différentes articulations du bassin et de la charnière sacro-lombale.

Cet ouvrage comporte également une batterie de tests (voir ci-dessous) ainsi que des *À propos du diagnostic* destinés à mettre en évidence une éventuelle dysfonction pouvant siéger au niveau des différentes articulations du bassin et de la charnière lombo-sacrée. Ces *À propos du diagnostic* ne suffisent pas pour poser un diagnostic ; ceux-ci doivent s'affiner à l'aide des quatre rubriques qui précèdent les techniques de réduction :

- Causes primaires ;
- Causes secondaires ;
- À propos de l'examen clinique ;
- À retenir avant réduction.

Cet ensemble de rubriques permet de re-situer les *À propos du diagnostic* et les techniques dans un contexte concret, qui permet à l'étudiant ou au praticien de répondre aux questions qu'il est en droit de se poser suite à un diagnostic de restriction de mobilité d'une quelconque articulation du bassin ou de la charnière sacro-lombale.

- Quelles sont les causes primaires et/ou secondaires pouvant amener à cerner le diagnostic ?
- Enfin, qu'y a-t-il d'important à connaître, à retenir, avant d'entreprendre le traitement manuel ?

Quelques éléments clés sont mis en avant afin de mieux comprendre toutes les subtilités qui accompagnent une dysfonction articulaire.

Dans la partie de l'ouvrage qui traite des techniques, des variantes sont proposées, pour répondre aux adaptations indispensables face aux différentes morphologies rencontrées (celle du sujet, comme celle du praticien).

Pour chacune des techniques de base (ou chacune des variantes), il est

indiqué quand cela est utile la petite astuce qui permet d'optimiser le geste technique (mobilisation ou manipulation).

Encore un détail qui a son importance puisqu'il s'agit du mode d'emploi : cet ouvrage est un manuel pratique que le lecteur peut ouvrir où bon lui semble, à la dysfonction articulaire qu'il souhaite analyser ou traiter.

Avertissements

Aucune des quatre rubriques exposées ci-dessus (causes primaires, causes secondaires, à propos de l'examen clinique, à retenir avant réduction) n'est évidemment exhaustive. Chacune d'elles doit être considérée comme une « boîte à idées », un fil rouge, permettant au praticien de poser quelques bases sur lesquelles il bâtira sa propre réflexion – cette démarche ayant comme unique objectif de reconstituer le mécanisme « lésionnel » et de mettre en place le traitement manuel le plus adéquat. Bien entendu, ce sont également des éléments anamnestiques qui permettent au praticien de reconstituer ce mécanisme « lésionnel » – ce point important est systématiquement rappelé au fil de l'ouvrage.

Les causes secondaires exposées ici n'ont fait l'objet (à ce jour) d'aucune vérification expérimentale. Elles doivent être prises par le lecteur comme un axe de réflexion soumis à son libre arbitre.

Une définition de la restriction de mobilité

L'École suisse d'ostéopathie, à travers l'enseignement conceptuel de la médecine ostéopathique de son directeur académique Claude Tinturier, propose la réflexion suivante sur la restriction de mobilité articulaire (ou dysfonction articulaire) :

- la restriction de mobilité articulaire participe de tableaux cliniques complexes desquels émergent plusieurs symptômes ;
- le traitement manuel de la restriction de mobilité articulaire se révèle non seulement efficace, mais suffisant ; vraisemblablement parce que la correction se prolonge à l'ensemble de l'organisation pathogène ;
- le rôle des structures articulaires est de transmettre à l'environnement, via les systèmes capsulo-ligamentaires, musculo-tendineux et liquidiens, les nuances élaborées et souhaitées par le système nerveux ;
- le système articulaire, de par sa situation, est un miroir des problèmes situés en amont et/ou en aval ;

- l'articulation, en tant que dernier élément adaptable et pertinent du mécanisme relationnel, subit une multitude de contraintes qui reflètent la sommation d'une cascade d'évènements locaux et à distance (en amont et/ou en aval). Elle apparaît donc comme une résultante digne d'intérêt et dont la correction des variations s'inscrit logiquement dans la conduite d'une thérapie holistique.

Remarques concernant la terminologie

Il faut préciser que la terminologie en usage dans la médecine manuelle n'a qu'une fonction de mise en commun d'un vocabulaire. Par exemple, l'évocation d'un ilium antérieur ne signifie pas qu'il s'agisse d'une position anatomique de subluxation de cet os. La seule certitude véhiculée par cette expression, réside dans la difficulté à étirer passivement les tissus voisins propres à l'articulation concernée dans une direction qui semble opposée au déplacement antérieur de l'os iliaque. La modification structurelle qui génère la restriction de mobilité existe en dehors des deux os d'une articulation dont la mobilité est réduite, car les deux os en question n'ont aucune responsabilité dans ladite restriction de mobilité.

Remarques concernant les tests

Attribuer la prédominance à l'ilium ou au sacrum dans la dysfonction sacro-iliaque peut paraître simpliste. Il s'agit d'un « modèle », quelque chose qui ne se passe pas vraiment dans la réalité, mais dont la simplicité peut s'avérer utile pour faire comprendre un geste précis. En débutant avec un modèle simple, l'étudiant et/ou le praticien se prépare petit à petit à l'élaboration de modèles de plus en plus complexes qui, au fur et à mesure que leur complexité s'accroît, ressemblent de plus en plus à la réalité lésionnelle du patient.

Nos tests n'ont pas été choisis parce qu'ils sont « bons » et « fiables » quand ils sont isolés, mais parce qu'ils sont signifiants lorsqu'ils sont associés aux autres tests et que l'on peut les corrélérer entre eux. Nous avons jugé « bon » un test s'il est compatible et complémentaire avec les autres tests avec lesquels il doit partager la même signification quant au résultat.

Remerciements

Nous tenons à manifester nos remerciements à Jean-Louis Estrade de la
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

European School of Ostéopathie Maidstone, Grande-Bretagne qui a donné beaucoup de son temps pour cet exercice fastidieux que représente la relecture de tout ouvrage ainsi qu'à Mlles Céline Landry et alexandra Ebenegger qui ont également consacré beaucoup de temps et d'énergie en acceptant de poser pour les nombreuses photographies présentes dans cet ouvrage.

Nous tenons à leur manifester ici notre plus vive reconnaissance.

Les auteurs

À propos du diagnostic

Les tests

Avant tout test, ne pas oublier de procéder à une anamnèse aussi exhaustive que possible de la plainte ou de la douleur du sujet. Il faudra tenter de reconstituer l'évènement ou la cascade d'évènements responsables de cette plainte ou de cette douleur. Il faut également veiller à une analyse aussi fine que possible des informations fournies par les différents tests pratiqués sur le sujet ainsi que leur indispensable corrélation. Cette façon de procéder représente la manière la plus fiable pour s'approcher d'une quelconque restriction de mobilité de l'articulation sacro-iliaque.

- Un test comme le TFD (par exemple) isolé, n'a aucune valeur en soi et n'est pas suffisamment fiable pour lui accorder une valeur diagnostique. Il faut soit le répéter plusieurs fois, soit l'associer à d'autres tests allant dans le même sens ; chacun de ces tests pris isolément donnent beaucoup trop de faux positifs ou de faux négatifs.
- La notion d'axe associé au test tissulaire représente paradoxalement la partie encore mobile autour de laquelle la restriction de mobilité s'est organisée.
- Les tests palpatoires positionnels ne permettent pas d'identifier une réelle asymétrie osseuse, mais il donne au praticien « une sensation » de position dans l'espace.
- Il faut également considérer que ces différents tests : de mobilité, tissulaire, positionnel, ne sont que des outils diagnostiques subjectifs permettant au praticien expérimenté d'approcher au plus près le diagnostic et de choisir la technique optimale la plus adaptée à la plainte du sujet.
- En l'absence d'une épidémiologie clinique strictement ostéopathique, il faut distinguer les tests effectués sur des sujets sains et jeunes qui donneront une valeur prédictive négative, la prévalence de la restriction de mobilité étant peu élevée ; des tests effectués sur des patients avec plaintes et douleurs qui donneront une valeur prédictive positive la

prévalence de la restriction de mobilité étant élevée.

Le Downing

Il ne s'agit pas d'un Downing comme il est classiquement décrit, mais d'un Downing adapté.

- Pour nous, il ne s'agit pas d'un test qui sert à mettre en évidence une restriction de mobilité de l'articulation sacro-iliaque car, au cours de notre pratique nous avons constaté que via les ligaments de l'articulation coxo-fémorale et via les ligaments de l'articulation sacro-iliaque, les manœuvres du test de Downing agissaient davantage sur le rachis lombaire que sur l'articulation sacro-iliaque ; étant donné qu'en ostéopathie nous agissons essentiellement sur une résultante plutôt que sur une cause isolée. (Nous entendons par là que lorsque nous agissons sur une articulation nous avons également une action sur un ensemble de structures osseuses, capsulo-ligamentaires, tendineuses, musculaires, aponévrotiques, etc. ; structures à proximité immédiate ou à distance de l'articulation concernée qui toutes participent de manière directe ou indirecte à la restriction de mobilité).
- Ceci étant bien présent à l'esprit et étant donné qu'au cours d'un test comme le Downing (par exemple), nous ne pouvons aller contre la restriction de mobilité (puisque le mouvement dans ce sens est « bloqué »), nous ne pouvons donc aller que dans le sens opposé à cette restriction de mobilité.
- De la même manière nous ne pouvons aller dans la partie d'un mouvement qui est douloureuse ; par contre nous pouvons aller dans la partie opposée et non douloureuse de ce mouvement.

Nous utilisons donc le Downing de la manière suivante :

1. pour confirmer un ilium antérieur : dans ce cas de figure, le membre inférieur se rallonge et il ne se raccourcit pas ;
2. pour confirmer un ilium postérieur : dans ce cas de figure, le membre inférieur se raccourcit et il ne se rallonge pas.

Les tests palpatoires

Ces tests ont essentiellement trois objectifs :

1. un repérage des structures anatomiques ;
2. la prise de conscience de la morphologie du sujet à travers la palpation

- des structures ci-dessous décrites ;
3. la tension et la qualité des tissus ainsi que la réactivité du sujet ; ce qui oriente les tests et les techniques.

Protocole d'investigation en décubitus

Position du sujet : en décubitus.

Position du praticien : debout à la hauteur du bassin du sujet.

Premier temps

Les mains du praticien empaument les crêtes iliaques ; les pouces étant dirigés vers les épines iliaques antéro-supérieures (EIAS) : noter si, il existe une différence de hauteur entre les deux crêtes iliaques.

Deuxième temps

Les pouces du praticien se positionnent sur les épines iliaques antéro-supérieures (EIAS) : noter une éventuelles position en antériorité ou en postériorité de ces structures osseuses (une EIAS) en antériorité sera plus saillante.

Troisième temps

Les pouces du praticien se placent au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures (EIAS) (dans la grande échancrure inominée et au contact des EIAS) : noter une éventuelle position en position crâniale ou caudale de ces structures osseuses.

Quatrième temps

Les pouces du praticien se repositionnent sur les épines iliaques antéro-supérieures et les index de ce dernier se déploient et se posent sur le nombril du sujet.

L'écartement « pouce-index » de la main du praticien mesuré entre le nombril et l'EIAS indique par comparaison avec l'autre côté l'ouverture ou la fermeture relative des os iliaques.

Cinquième temps

À partir de cette position des mains du praticien (EIAS-nombril) dite du « compas » ; les mains de ce dernier se déplacent en direction de la symphyse pubienne tout en palpant les corps musculaires des muscles grands droits à la recherches d'éventuelles tensions.

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Sixième temps

Les doigts du praticien se placent sur les bords crâniens des corps des deux pubis et recherchent une éventuelle sensation de rigidité et/ou de densité de ces structures osseuses en comparant avec le côté opposé. Toujours en comparant avec le côté opposé ; le praticien note un éventuel « déplacement » du bord crânien du corps du pubis en direction caudale ou crânienne.

Septième temps

Les doigts du praticien se repositionnent sur la face antérieure du corps du pubis et notent (ou non) un éventuel « déplacement » en antériorité ou en postériorité par comparaison avec l'autre côté de ces structures osseuses.

Huitième temps

Le praticien déplace ensuite ses doigts sur les parties supérieures des grands trochanters et note toujours par comparaison entre les deux côtés un éventuel « positionnement » crânien ou caudal de ces structures.

Neuvième temps

Le praticien empaume les deux grands trochanters et par un mouvement répétitif d'extension de ses deux poignets (ses deux avant-bras étant placés en pronation) il induit une mobilisation répétitive et complète de la tête fémorale dans le cotyle : ce qui a pour objectif d'apprécier la liberté de mouvement de la tête dans le cotyle et d'évaluer une éventuelle tension des muscles piriformes

Dixième temps

Le praticien déploie ses doigts au niveau de la région inguino-fémorale-médiale (triangle de Scarpa) dans sa partie centrale (pectiné) et médiale (long adducteur) sans oublier la partie postéro-médiale de cette région (gracile) à la recherche d'éventuelles tensions pouvant siéger sur ces différents muscles (lesquelles sont évaluées toujours par comparaison avec l'autre côté).

Onzième temps

Le praticien empaume à nouveau les EIAS (épines iliaques antéro-supérieures) et teste une éventuelle rigidité ilio-sacrée ou sacro-iliaque : dans ce onzième temps, il s'agit de détecter une éventuelle rigidité ilio-sacrée et pour ce faire le praticien induit à l'aide d'une pression sur l'ilium (au niveau

des EIAS) un mouvement en direction de la table légèrement vers l'extérieur.

Douzième temps

Dans ce douzième temps, il s'agit de détecter une éventuelle rigidité sacro-iliaque et pour ce faire, le praticien tout en gardant la pression appliquée sur l'EIAS concernée (comme décrit ci-dessus) ; induit également un mouvement en direction de la symphyse pubienne testant de ce fait la mobilité sacro-iliaque.

Protocole d'investigation en procubitus

Position du sujet : procubitus.

Position du praticien : debout à la hauteur du bassin du sujet.

Premier temps

Les mains du praticien empaument les crêtes iliaques du sujet pour une première prise de contact ; puis les doigts de ce dernier se déploient en direction de l'étage vertébral L4-L5 (qui est le plus souvent l'étage vertébral situé au même niveau que les crêtes iliaques).

Deuxième temps

À partir de là, le praticien laisser glisser ses doigts le long de la partie basse ou caudale du rachis lombal (lombaire) jusqu'au contact du processus épineux de L5 et de la base sacrée, pour repérer et différencier ces deux structures.

Troisième temps

Le praticien place ses pouces sous les épines iliaques postéro-supérieures (EIPS) dans la petite échancrure inominée et note l'éventuelle position en antériorité (ou supériorité) ou postériorité (ou infériorité) de ses structures. (une EIPS en antériorité se manifeste par un déplacement plus marqué en direction crâniale par comparaison avec l'autre côté).

Quatrième temps

Le praticien déploie ses doigts, ou ses pouces un peu au-dessus et à l'intérieur (médialement) des EIPS, dans les sillons ou sulcus sacrés ; au contact des bases ou hémibases sacrées et il note si une base (ou hémibase) sacrée semble plus effacée ou plus saillante que l'autre.

Cinquième temps

Le praticien place ses index sur les bases (ou hémibases) sacrées droites et gauches et ses pouces sur les angles inféro-latéraux (AIL) homolatéraux du sacrum et note d'éventuels positionnements en antériorité ou en postériorité décelées sur ces différentes structures.

Sixième temps

Le praticien place ses pouces sous les AIL (angles-inféro-latéraux) du sacrum et relève d'éventuels positionnement en supériorité (en direction crâniale) ou infériorité (en direction caudale) de ses structures.

Septième temps

Le praticien déploie ses doigts en direction des ligaments sacro-tubéraux (ligaments sacro-sciatiques) et prend note d'éventuelles tensions pouvant siéger sur ces derniers.

Huitième temps

Le praticien déplace ses pouces au-dessous (mais au contact des tubérosités ischiatiques) et note les éventuelles tensions pouvant siéger au niveau des muscles ischios-jambiers.

Neuvième temps

Le praticien prend note d'éventuelles tensions pouvant siéger au niveau des muscles glutéaux (muscles fessiers) en déplaçant ses doigts le long des crêtes iliaques.

Dixième temps

Il recherche de la même manière d'éventuelles tensions susceptibles de siéger au niveau des muscles piriformes (muscles pyramidaux) en plaçant ses doigts le long des bords latéraux du sacrum et sur la face supérieure du grand trochanter au contact des insertions du muscle piriforme, à la recherche d'une éventuelle douleur.

Onzième temps

Le praticien place la paume de l'une de ses mains au niveau de l'espace L5-S1, ses doigts étant dirigés le long du rachis lombal en direction caudale, exerce une pression en direction de la table et relâche rapidement sans perdre le contact afin de tester le rebond lombaire.

Le lumbaroll

Positionnement du sujet en lumbaroll

Il existe deux manières de placer le sujet en lumbaroll.

1. Premier cas de figure :

- dans un premier temps, le praticien demande au sujet de se placer en décubitus dorsal sur la table ;
- dans un deuxième temps, le praticien met en place le levier inférieur ;
- dans un troisième temps, il met en place le levier supérieur.

2. Deuxième cas de figure :

- dans un premier temps, le praticien demande au sujet de s'asseoir sur la table, face à lui, et l'invite à se coucher sur la table en décubitus latéral ;
- dans un deuxième temps, le praticien met en place le levier supérieur ;
- dans un troisième temps, il met en place le levier inférieur.

Remarque générale : Cette mise en position du sujet en lumbaroll ; peut-être utilisé pour un grand nombre de techniques s'adressant à la charnière thoraco-lombale et sacro-lombale ; au rachis lombal, à l'ilium et au sacrum.

Les restrictions de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium

Au cours de la marche, les iliums se déplacent alternativement en antériorité et en postériorité. Au cours de ces déplacements des iliums, le sacrum est naturellement sollicité en flexion et en extension, mais aussi en torsion antérieure ou postérieure autour des axes de torsion oblique droit ou oblique gauche.

Ces mouvements de l'ilium comme du sacrum sont physiologiques mais à l'occasion d'un accident, d'une sursollicitation en porte à faux, ou d'un faux mouvement, le sacrum peut se « fixer » dans une des « positions » citées ci-dessus ou dans une combinaison de ces différentes positions.

On parle alors de restriction de mobilité ou de dysfonction autour des différents axes définis ci-dessus.

- Comment doit-on poser le problème inhérent au diagnostic des dysfonctions sacro-iliaques ? Il faut être capable de déterminer que c'est le sacrum qui est bien en restriction de mobilité par rapport à l'ilium et

non l'inverse.

- L'examen doit commencer par un **TFD** suivi d'un **TFA** afin de faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque par rapport au sacrum ou une dysfonction sacrée par rapport à l'ilium dans le cadre d'une atteinte sacro-iliaque (voir *Les restrictions de mobilité de l'ilium par rapport au sacrum*).

Après avoir comparé les résultats du TFD et du TFA qui nous donnent une réponse à cette question évoquée au début du paragraphe ; nous avons encore à notre disposition une batterie de tests qui nous permettent de mieux cerner un certain nombre de paramètres :

- le **TFA** qui nous permet de déterminer le côté de la dysfonction ;
- le **Test tissulaire** qui nous donne la nature de l'axe en question (oblique droit-oblique gauche-demi-axe horizontal droit ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une restriction de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium ;
- les **Tests de positionnements** dans l'espace qui nous donne la nature de la dysfonction (en TSADD - TSADG - TSPDG - TSPGD - BSUAD - BSUAG - BSUPD - BSUPG) et qui sont par nature des tests palpatoires nous permettant d'apprécier l'antériorité ou la postériorité d'une base sacrée (par exemple) ou l'antériorité d'un AIL (l'AIL est supérieur - il « monte ») ou la postériorité de ce même AIL (l'AIL est inférieur - il « descend »). ;
- les **Tests de mobilité** qui nous donnent la prédominance de la restriction de mobilité qui porte soit sur l'AIL droit et qui concerne donc le grand bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque, soit la base sacrée et qui concerne donc le petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque ;
- la **Douleur**, sa recherche est fondamentale et elle prime sur tous les autres signes :
 - C'est une douleur décrite par le sujet ou provoquée par le praticien ; dans le cas présent (restriction de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium) nous la retrouverons à la palpation sur les ligaments ilio-sacrés postérieurs.
 - Dans le cas où les tests de mobilité ne se révèleraient pas déterminants quant à la localisation de la restriction de mobilité ; c'est la douleur déclenchée à la « palpation-pression » de l'AIL droit ou gauche ou de la base droite ou gauche qui nous servirait de référence pour orienter le traitement manipulatif. Les deux signes, restriction de mobilité et douleur, peuvent évidemment se surajouter.

Les restrictions de mobilité de l'ilium par rapport au sacrum

Comment doit-on poser le problème inhérent au diagnostic des dysfonctions iliaques ?

- La dysfonction iliaque siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque ; il nous faut déterminer laquelle des deux structures osseuses en présence (ilium ou sacrum) est en dysfonction primaire.
- Pour atteindre cet objectif, il faut dans un premier temps, pratiquer deux types de tests et procéder à un examen des muscles paravertébraux, à la suite de chacun des deux tests.

Les deux types de test

Premier test : Le TFD (test en flexion debout)

Rappel : au cours de ce test, le praticien a les pouces « calés » sous les EIPS (épines iliaques postéro supérieures).

Analyse : Si au cours de l'exécution de ce test nous nous trouvons en présence d'un « pouce droit montant » (par exemple ; voir [Les tests](#)) cela signifie que la dysfonction iliaque se situe du côté droit.

Attention :

Ce type de test donne le côté de la dysfonction (droit ou gauche), mais absolument pas le type de la dysfonction (ilium en antériorité ou en ouverture par exemple) et l'on observe la voussure des muscles paravertébraux (voir analyse ci-dessous).

Deuxième test : Le TFA (test en flexion assis)

L'objectif de ce test est de détecter une éventuelle dysfonction siégeant aussi au niveau du sacrum et l'on observe la voussure des muscles paravertébraux (voir analyse ci-dessous).

À partir de l'analyse et de l'étude comparative de deux tests décrits ci-dessus, on détermine le côté où siège la restriction de mobilité ; c'est-à-dire le côté où le pouce est le plus « montant » (en quelque sorte le test le plus parlant entre le TFD et le TFA) ce qui nous donnera une indication sur l'origine primaire de la dysfonction : l'ilium ou le sacrum (voir [Les tests](#)).

Exemple :

- si l'un des pouces du praticien est beaucoup plus « montant » au cours de l'exécution du TFD (il s'agit d'une dysfonction primaire iliaque) ;
- si au contraire l'un des pouces du praticien est beaucoup plus « montant » au cours de l'exécution d'un TFA (il s'agit d'une dysfonction primaire sacrée).

Observation des muscles paravertébraux et déductions

Premier cas de figure

- Les voussures concernant ces muscles sont beaucoup plus marquées dans le cadre du TFD que dans celui du TFA : cela signifie que l'origine du problème se situe vraisemblablement au niveau des membres inférieurs et que cette dysfonction primaire peut retentir sur les articulations du bassin et notamment sur l'articulation sacro-iliaque (et dans le cas où cette articulation compensera, il s'agira d'une dysfonction secondaire, laquelle devra être aussi traitée).
- Il faudra donc tester l'ensemble du membre inférieur : à la fois sur le plan articulaire (voir Tome 1) à la recherche d'éventuelles restrictions de mobilité ; mais aussi sur le plan musculaire à la recherche d'éventuelles tensions musculaires.

Attention :

Toute restriction de mobilité siégeant au niveau d'une des articulations du membre inférieur (pied, cheville, genou etc.) peut se répercuter au niveau de l'articulation sacro-iliaque et cette dernière peut compenser ou non. Quoi qu'il en soit, le premier des gestes techniques à exécuter sera de réduire les restrictions de mobilité localisées au niveau du membre inférieur si elles existent.

- Il faut également « tester » (à la recherche d'éventuelles tensions) les couples musculaires équilibrant l'antériorité et la postériorité iliaque (fléchisseurs et extenseurs de hanche).

Deuxième cas de figure

Les voussures concernant les muscles paravertébraux sont beaucoup plus marquées dans le cadre du TFA, que dans celui du TFD : cela signifie que

l'origine du problème se situe vraisemblablement au niveau vertébral et que cette dysfonction primaire peut retentir sur le bassin et notamment sur l'articulation sacro-iliaque (et dans le cas où cette articulation compensera, il s'agira d'une dysfonction secondaire, laquelle devra être aussi traitée).

Troisième cas de figure

Il n'y a aucun changement lorsque l'on observe les voissures des muscles paravertébraux et en les comparant dans le cadre du TFD et du TFA (il n'y a ni augmentation, ni diminution de ces voissures) : cela signifie que la compensation au niveau de l'articulation sacro-iliaque n'est qu'un phénomène dysfonctionnel adaptatif ne nécessitant pas un traitement manipulatif.

Remarque : concernant les points douloureux à la palpation.

1. S'il s'agit d'une dysfonction iliaque : les points douloureux siègent préférentiellement sur les ligaments ilio-lombaires.
2. S'il s'agit d'une dysfonction sacrée : les points douloureux siègent plutôt sur les ligaments ilio-sacrés postérieurs.

À partir de cet instant précis de l'examen clinique, nous savons que nous sommes en présence d'une dysfonction iliaque.

À partir de cet instant de l'examen clinique, nous savons qu'il s'agit du sacrum ou de l'ilium qui est en dysfonction et nous connaissons le côté (droit ou gauche) où siège cette restriction de mobilité, mais nous ne connaissons pas encore le type de cette dysfonction.

Imaginons que nous soyons face à une dysfonction iliaque droite. À partir de cette hypothèse, nous plaçons le sujet en décubitus avec deux manières de procéder :

- soit nous laissons le sujet dans sa position sans rien changer (nous le laissons dans son « équilibre ») ;
- soit au contraire nous ne souhaitons pas que le sujet reste dans son « équilibre » et nous allons donc le modifier.

Comment procède-t-on ?

1. Sujet en décubitus ; triple flexion des membres inférieurs.
2. Nous demandons au sujet de décoller les fesses du plan de la table.
3. Nous demandons au sujet de reposer les fesses sur la table et le praticien tracte légèrement les membres inférieurs du sujet vers lui et vérifie la longueur des membres inférieurs à l'aide de ses pouces placés au-dessus des malléoles.

Il faut ensuite effectuer les différents tests positionnels afin d'évaluer la

position de l'ilium dans l'espace :

a) Le sujet est placé en décubitus. Les mains du praticien se positionnent sur la partie postérieure de la crête iliaque avec le majeur de chaque main placé sur chacune des EIPS. Les mains du praticien glissent sur la crête iliaque en la suivant jusqu'à ce que les pouces se placent sur les EIAS.

Remarque : Le praticien a pu noter au passage l'obliquité et la hauteur des crêtes iliaques.

b) Le praticien a ses pouces placés sur les EIAS et il note l'EIAS la plus antérieure ou la plus postérieure.

c) Il place ensuite ses pouces sous les EIAS et il évalue laquelle de ces deux structures est la plus supérieure ou la plus inférieure.

d) Le praticien repositionne ensuite ses pouces sur les deux EIAS du sujet et utilise le compas « pouce-index » de ses deux mains en direction du nombril afin de mesurer (d'évaluer) la distance EIAS-ombilic. Cette dernière mesure permettra de mettre en évidence un ilium en ouverture ou en antériorité (du côté de la mesure la plus grande) et un ilium en fermeture ou en postériorité (du côté de la mesure la moins grande).

e) Il reste au praticien à vérifier la hauteur des branches de la symphyse pubienne.

Exemples :

- si l'ilium est postérieur, la symphyse est plutôt supérieure ;
- si l'ilium est antérieur, la symphyse est plutôt inférieure.

À cet instant précis de l'examen clinique, le praticien a identifié la position de l'ilium dans l'espace. La phase suivante de l'examen concernera les tests de mobilité.

Dès que l'on a identifié la position de l'ilium dans l'espace (antérieur, postérieur ouvert ou fermé ou encore supérieur), on procède à des tests de mobilité.

Protocole : (voir [figures 1.18 à 1.31](#))

Le praticien se place à la droite du sujet et maintient à l'aide de sa main droite l'ilium droit bien câlé au sein de son éminence thénar. De son autre main, il pousse à l'aide de son éminence thénar l'ilium gauche vers le bas et vers l'extérieur. Il est important pour le praticien de noter :

- la résistance à l'appu ;
- la qualité de l'arrêt ;
- le rebond.

Remarque : Lorsque nous testons un ilium, il faut veiller à stabiliser l'ilium controlatéral.

Il faut enfin corrélérer trois choses :

- 1) le TFD (comparé dans un premier temps au TFA pour déterminer s'il s'agit d'une dysfonction sacrée ou iliaque) et dans un deuxième temps se souvenir que le TFD « donne » le côté de la dysfonction ;
- 2) les tests positionnels : afin de déterminer la position de l'ilium dans l'espace ;
- 3) le test de mobilité (décrit ci-dessus ; appui sur l'ilium vers le bas et l'extérieur en fixant l'ilium controlatéral et où nous terminons l'examen clinique en effectuant un Downing (voir *Les tests*) qui permettra de confirmer la nature de la restriction de mobilité : soit un ilium en antériorité ou en postériorité.

À la suite de cet examen systématique concernant la restriction de mobilité de l'ilium par rapport au sacrum, nous aurons déterminé la nature de la restriction de mobilité.

La symphyse pubienne

Dans la plupart des cas, une éventuelle dysfonction pouvant siéger au niveau de la symphyse pubienne se réduit lorsque l'on résoud un problème de restriction de mobilité siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque et concernant le sacrum ou l'ilium.

Lorsque après avoir réglé les problèmes éventuels pouvant se poser au niveau du sacrum ou de l'ilium et qu'il persiste au niveau de la symphyse pubienne : une restriction de mobilité, des douleurs, une gêne musculaire (traduisant une hypertonicité ou au contraire une hypotonie) ; il faut alors s'intéresser à la symphyse pubienne et y appliquer les techniques spécifiques en fonction des résultats des tests.

La charnière sacro-lombale

La charnière sacro-lombale concerne la cinquième vertèbre lombale et le sacrum. La cinquième vertèbre lombale L5 est une pièce osseuse placée au-dessus d'une zone dont la mobilité principale au cours de la marche est la recherche de l'horizontalisation du plateau sacré.

Cette vertèbre L5 est donc tributaire des os iliaques et du sacrum.

Rappels anatomiques

Les processus articulaires inférieurs sont placés dans un plan situé à 45° par

rapport au plan sagittal.

Ces processus articulaires inférieurs sont également plus écartés que les processus articulaires supérieurs.

N'oublions pas non plus l'inclinaison du plateau sacré, par rapport à l'horizontale (il est incliné verticalement (en avant et en bas). Cette inclinaison est en moyenne de 30° par rapport à l'horizontale avec une « fourchette » comprise entre 20° et 45°.

Remarque : En ce qui concerne les processus articulaires, il n'est pas rare non plus de voir sur un cliché radiologique un processus articulaire sacré normal, c'est-à-dire à 45° par rapport au plan sagittal associé de l'autre côté à un processus articulaire situé sur un plan frontal.

Étant donné l'obliquité du plateau sacré ; L5 est à la fois tributaire de l'os iliaque via les ligaments ilio-lombaires et également tributaire du sacrum à travers les processus articulaires inférieurs qui unissent la dernière vertèbre mobile (L5 en général) à ce même sacrum. L5 situé au-dessous d'une ligne fictive qui unirait le sommet des crêtes iliaques se trouve donc dans une situation topographique particulière car complètement « encastré » entre les ailes iliaques ; solidement arrimé aux deux iliums par l'intermédiaire des ligaments ilio-lombaires, mais également solidement amarré au sacrum par l'intermédiaire des processus articulaires inférieurs.

L5 à deux types de fonctions :

- dynamique : car c'est une vertèbre lombale (lombaire) ;
- statique : car elle dépend du sacrum et de l'os iliaque.

Il faut donc toujours considérer L5 à la fois par rapport au sacrum ; mais aussi par rapport à l'ilium. Il semblerait que L5 se positionnerait à l'inverse du sacrum lorsque ce dernier est en dysfonction et qu'elle se positionnerait dans le même sens que l'ilium lorsque ce dernier est en dysfonction.

Exemples concernant le couple « L5-sacrum » :

- si le sacrum était en extension, L5 se « positionnerait » en flexion ;
- si le sacrum était en flexion, L5 se « positionnerait » en extension.

Exemples concernant le couple « ilium-L5 » :

- si l'os iliaque était en postériorité c'est-à-dire en extension, L5 se « positionnerait » également en postériorité, c'est-à-dire en extension ;
- si l'os iliaque était en antériorité c'est-à-dire en flexion, L5 se « positionnerait » également en antériorité, c'est-à-dire en flexion.

Conclusion

Il semblerait donc que pour comprendre le « positionnement » de L5 ; il

faudrait d'abord tenter de cerner le positionnement du sacrum et le positionnement de l'ilium. Ensuite, il serait judicieux d'effectuer les tests sur L5 ou sur la dernière vertèbre mobile en cas d'anomalie transitionnelle (lombalisation de S1 ou sacralisation de L5) par exemple.

Remarques importantes concernant la charnière lombo-sacrée

Qu'est-ce qui est normal et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Il faut savoir qu'à ce niveau charnière lombo-sacrée plus de la moitié de ces charnières (qu'elles soient douloureuses ou non) présentent des particularités spécifiques qui les éloignent de la normalité.

Exemples d'anomalies :

- Asymétrie des articulations inter-apophysaires L5-S1 au niveau du rachis lombal. L'interligne articulaire de ces articulations fait environ 45° avec le plan sagittal, mais il existe de nombreuses variations.
- Les facettes articulaires ne sont pas toujours planes, au niveau de la charnière L5-S1.
- On peut noter d'importantes variations d'orientations des surfaces articulaires droite et gauche chez un même sujet (comme par exemple une articulation droite orientée dans un plan frontal et une articulation gauche orientée dans un plan sagittal).
- Spina bifida (arc postérieur non fermé).
- La vertèbre dite transitionnelle : c'est une vertèbre dont les processus transverses de cette dernière ont tendance à s'unir avec les ailerons du sacrum. La jonction « processus transverse » sacrum peut être unilatérale (complète ou incomplète ; bilatérale ou incomplète, bilatérale et complète).
- Lombalisation de S1, c'est le cas lorsque l'on compte six vertèbres lombales au-dessus de la vertèbre transitionnelle.
- Sacralisation de L5, c'est le cas lorsque l'on compte quatre vertèbres lombales au-dessus de la vertèbre transitionnelle.
- Spondylolisthesis, c'est un glissement en avant d'une vertèbre par rapport à une vertèbre sous-jacente, qui intéresse plus particulièrement les vertèbres lombales inférieures avec une prédilection pour L5.

Conclusions

Il faut savoir que les anomalies de la charnière thoraco-lombale étant relativement fréquentes ; le comptage des vertèbres lombales ne peut être d'une précision absolue et donc sans grand intérêt, pour le repérage précis de L5. Ce qui compte c'est donc de prendre conscience que le disque placé au-dessus de la vertèbre transitionnelle est un disque en surcharge sur le plan fonctionnel et que la vertèbre lombale placée au-dessus de lui est la vertèbre **MOBILE**; celle qui compte dans le contexte ou nous nous trouvons ; puisque c'est elle qui doit être repérée et mobilisée avec ou sans impulsion dans le cadre d'un traitement manipulatif ou fonctionnel.

Remarque : Ne jamais oublier que bon nombre d'anomalies transitionnelles sont excellemment bien tolérées et ne sont absolument pas la cause de troubles fonctionnels pour lesquels le sujet vient consulter.

Les tests

Guide des figures

Test de flexion debout – TFD	Fig. 1.1 à 1.6
Test de flexion assis – TFA	Fig. 1.7 à 1.12
Test tissulaire	Fig. 1.13 à 1.17
Tests positionnels	Fig. 1.18 à 1.27
Tests de mobilité	Fig. 1.28 à 1.51
Tests de Downing	Fig. 1.52 à 1.72

Test de flexion debout (TFD)

Introduction

Afin d'établir la prédominance soit de l'ilium, soit du sacrum, dans la dysfonction sacro-iliaque, le praticien réalise un TFD et un TFA. La réalisation de ces deux tests, TFD et TFA, permet par comparaison d'établir le diagnostic différentiel entre une restriction de mobilité iliaque ou sacrée dans le cadre de la dysfonction iliaque.

Définition

La réalisation de ce test permettrait la mise en évidence de la prédominance d'une restriction de mobilité de l'ilium dans le cadre d'une dysfonction sacro-iliaque.



FIG. 1.1 1^{er} temps

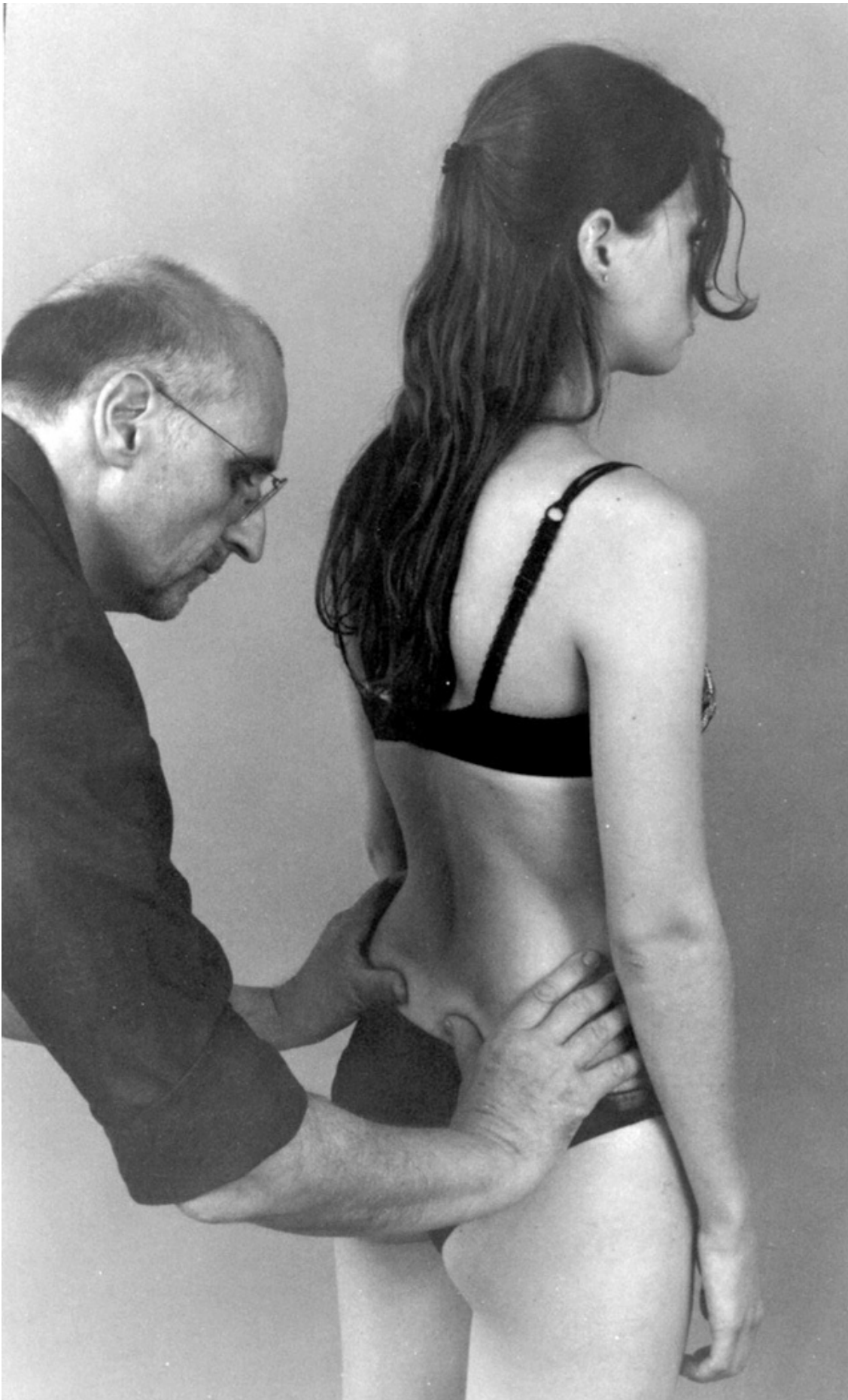
Le praticien place ses pouces au-dessous des épines iliaques postéro-supérieures (EIPS).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.2 2^e temps

Le praticien prend un « crédit de peau » et demande au sujet de se pencher légèrement en avant afin que sa prise soit bien ancrée au-dessous des EIPS.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.3 3^e temps

Le sujet revient à sa position initiale. Au cours de cette phase le praticien demande au sujet de faire « comme s'il venait s'asseoir » sur les pouces du praticien.

Remarque : Le praticien doit veiller à ne pas pousser le sujet vers l'avant, ni le tirer vers l'arrière.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.4 4^e temps

Le praticien demande au sujet de pencher sa tête en avant et d'enrouler ses épaules en laissant pendre ses bras, puis d'enrouler le rachis dorsal et lombaire.

Ce mouvement d'enroulement du rachis doit être effectué au maximum de son amplitude ; on note l'EIPS qui monte.

Remarque : Il faut insister sur la fin du mouvement car c'est souvent dans cette dernière phase que l'on détecte la montée de l'EIPS concernée, par l'intermédiaire d'un pouce montant.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.5 5^e temps
Examen des voussures

Sur la figure ci-contre le praticien est placé derrière le sujet et examine les éventuelles voussures qui peuvent apparaître au niveau des différentes parties du rachis, notamment aux étages dorsal et lombaire.



FIG. 1.6 6^e temps

Examen des voussures

Pour l'examen des voussures, le praticien peut se placer devant le sujet, lorsque ce dernier se penche en avant.

Sur la figure ci-contre, l'index du praticien montre une voussure localisée sur la partie latérale gauche du rachis thoracique du sujet (cela pourrait être une répercussion thoracique haute d'une dysfonction sacro-iliaque).

Remarque : Une voussure n'est pas une gibbosité, comme pourrait le laisser croire la figure ci-contre ; mais une contracture des muscles paravertébraux qui se traduit par une convexité dans le plan sagittal sur la partie latérale du rachis et qui, au toucher, se matérialiserait par une zone indurée.

Test de flexion assis (TFA)

Introduction

C'est un test que l'on pratique pour mettre en évidence une dysfonction sacrale après l'avoir comparé avec le TFD qui lui est destiné à mettre en évidence une dysfonction portant sur l'ilium.

La réalisation de ces deux tests, TFD et TFA, permettrait donc, par comparaison, d'établir le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.

Définition

C'est un test de l'articulation sacro-iliaque qui permettrait d'identifier une restriction de mobilité prédominant sur le sacrum par rapport à l'ilium.

Déroulement du test sur le plan technique

Il y a deux possibilités d'exécuter un TFA :

- sur table basse : dans ce cas le sujet doit avoir les pieds bien posés à plat au sol ;
- sur table haute : dans ce cas il faut que le creux poplité ainsi que la totalité de la face postérieure du fémur soient au contact de la table.

Le praticien demande ensuite au sujet de laisser tomber sa tête en avant et de se pencher entre ses genoux sans toucher les jambes, en cyphosant l'ensemble de son rachis.

Explication

À travers la flexion du rachis, c'est ce dernier qui va « tirer » le sacrum, qui

lui-même tractera l'ilium, ce qui va nous donner le côté de la restriction de mobilité siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Variante

Le praticien peut demander au sujet de croiser les bras derrière la nuque, en lui demandant également une mise en extension globale de l'ensemble du rachis (tout le monde ne peut pas le faire), le but de ce positionnement particulier étant de verrouiller la charnière thoracolombaire.

TFA sur table basse

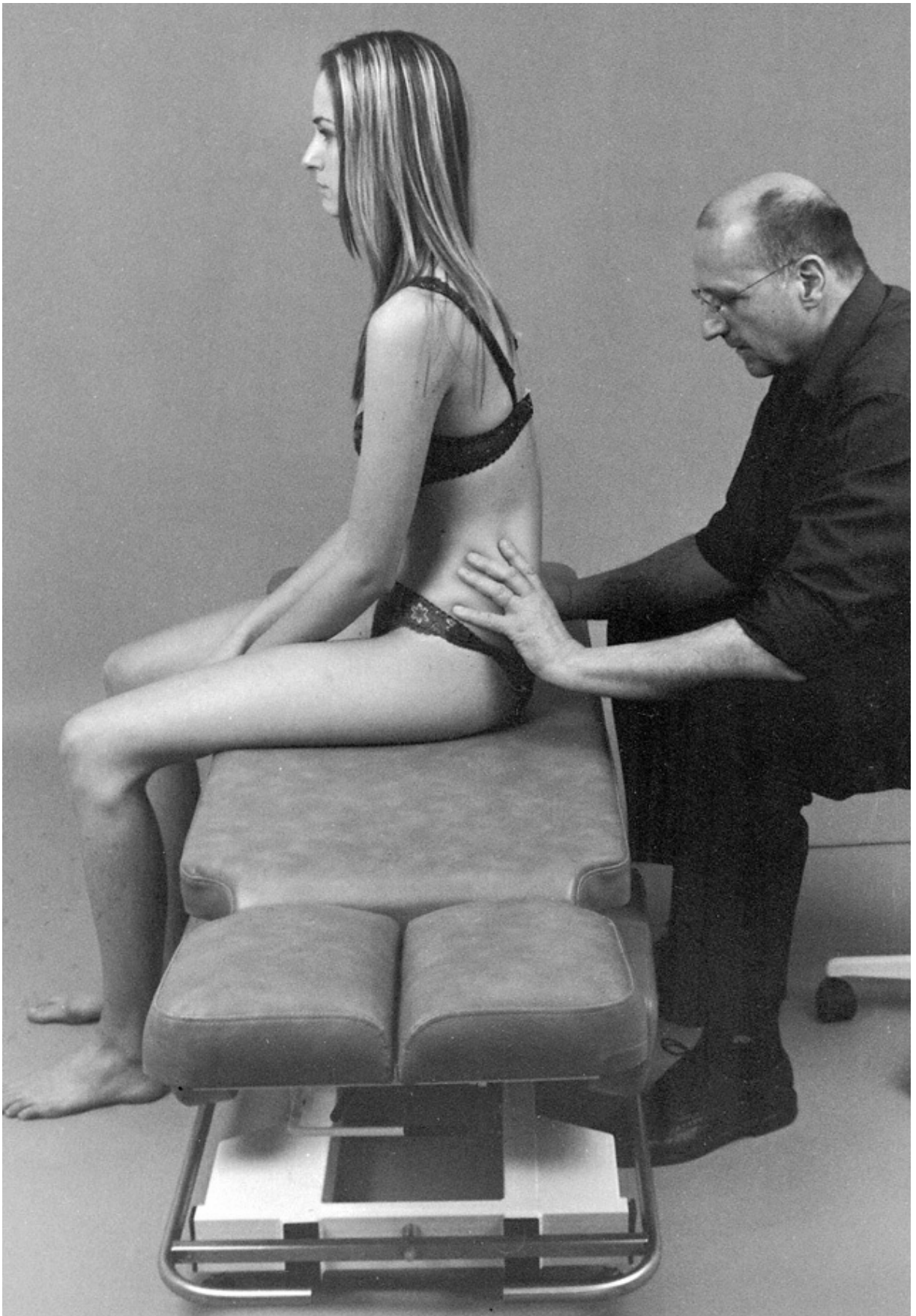


FIG. 1.7 1^{er} temps

Le sujet est assis sur une table à hauteur réglable ou sur un tabouret de telle manière que ses pieds reposent bien à plat au sol.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.8 2^e temps

Le praticien se place derrière le sujet, assis sur un tabouret, et plaque ses pouces au-dessous des épines iliaques postéro-supérieures (EIPS) au niveau des petites échancrures innommées en prenant soin de prendre un « crédit de peau ».

Remarque : Le sujet doit être délordosé en cyphose globale ; on lui demande de se « laisser aller ».



FIG. 1.9 3^e temps

Le praticien prend un « crédit de peau » et demande au sujet de se pencher légèrement en avant afin que sa prise soit bien ancrée au-dessous des EIPS.

Avant de demander au sujet de se pencher complètement en avant, on lui

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

demande de revenir en position initiale.



FIG. 1.10 4^e temps

Il est demandé au sujet d'effectuer une flexion du tronc vers l'avant, le but étant de tracter le sacrum à l'aide du rachis, les iliums étant plus ou moins

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

fixés sur la table du fait de la position assise. Le côté porteur d'une lésion sacrée va se caractériser par un pousse qui « montera » plus haut que de l'autre côté.

Important

- En position assise le parasitage dû aux muscles des membres inférieurs est éliminé.
- Il faut comparer les résultats des deux tests, TFD et TFA.
- Le côté en dysfonction se caractérise par un pousse « montant » (même minime) du même côté.

Si ce n'est pas le cas :

- les tests peuvent avoir été parasités par des tensions musculaires ;
- ils peuvent avoir été mal exécutés ;
- il peut ne pas y avoir de dysfonction au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Deuxième manière de procéder sur le plan technique

(Cette seconde technique n'est pas illustrée.) On demande au sujet (pour ceux qui le peuvent) de croiser les bras derrière la nuque, les coudes écartés, et de faire le test en extension du rachis. Le principe est le même que pour le test en flexion ; on verrouille le rachis et on se penche en avant pour tracter le sacrum vers le haut.

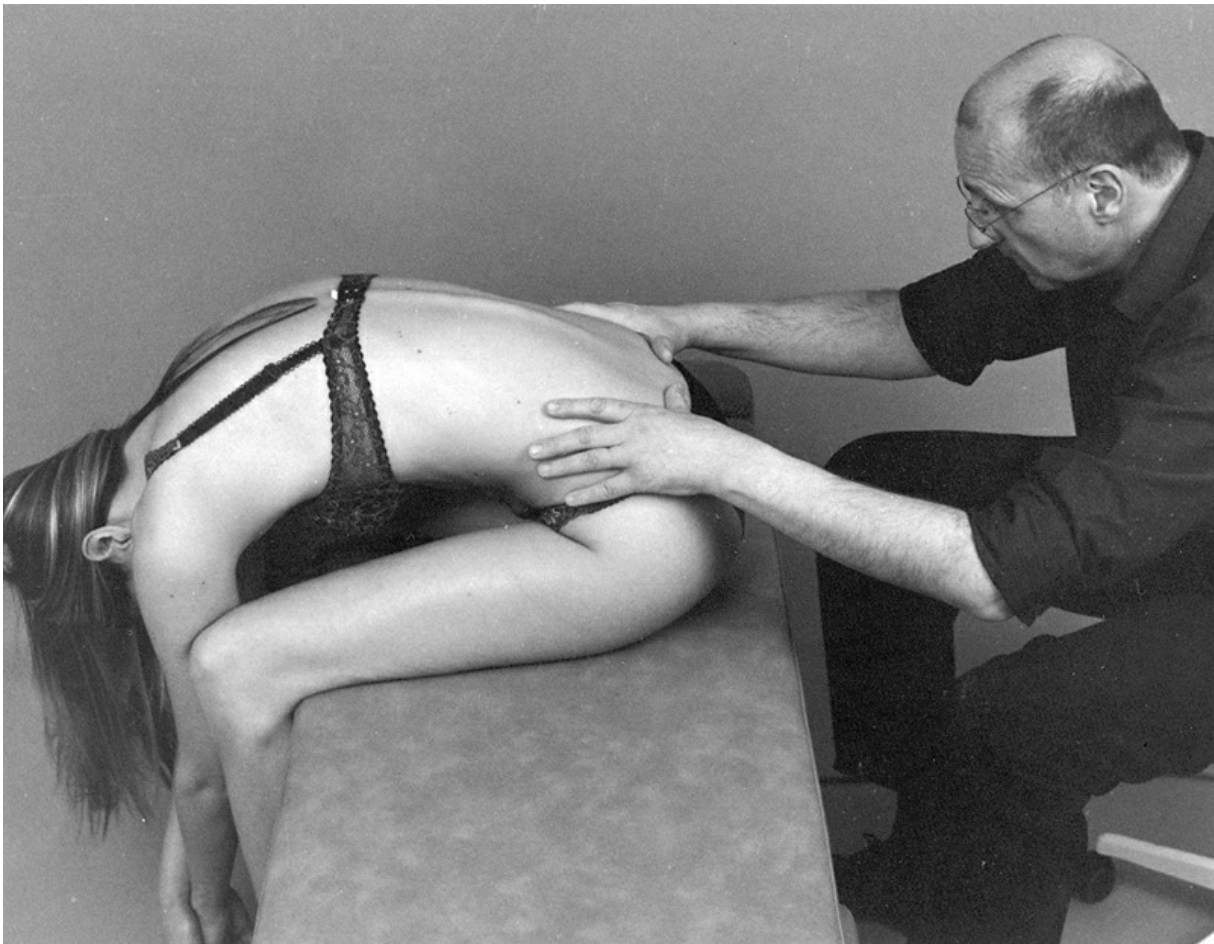


FIG. 1.11 5^e temps
Examen des voussures

Le test est positif si au cours de la flexion du tronc il apparaît une voussure (ou convexité) latérale.

TFA sur table haute

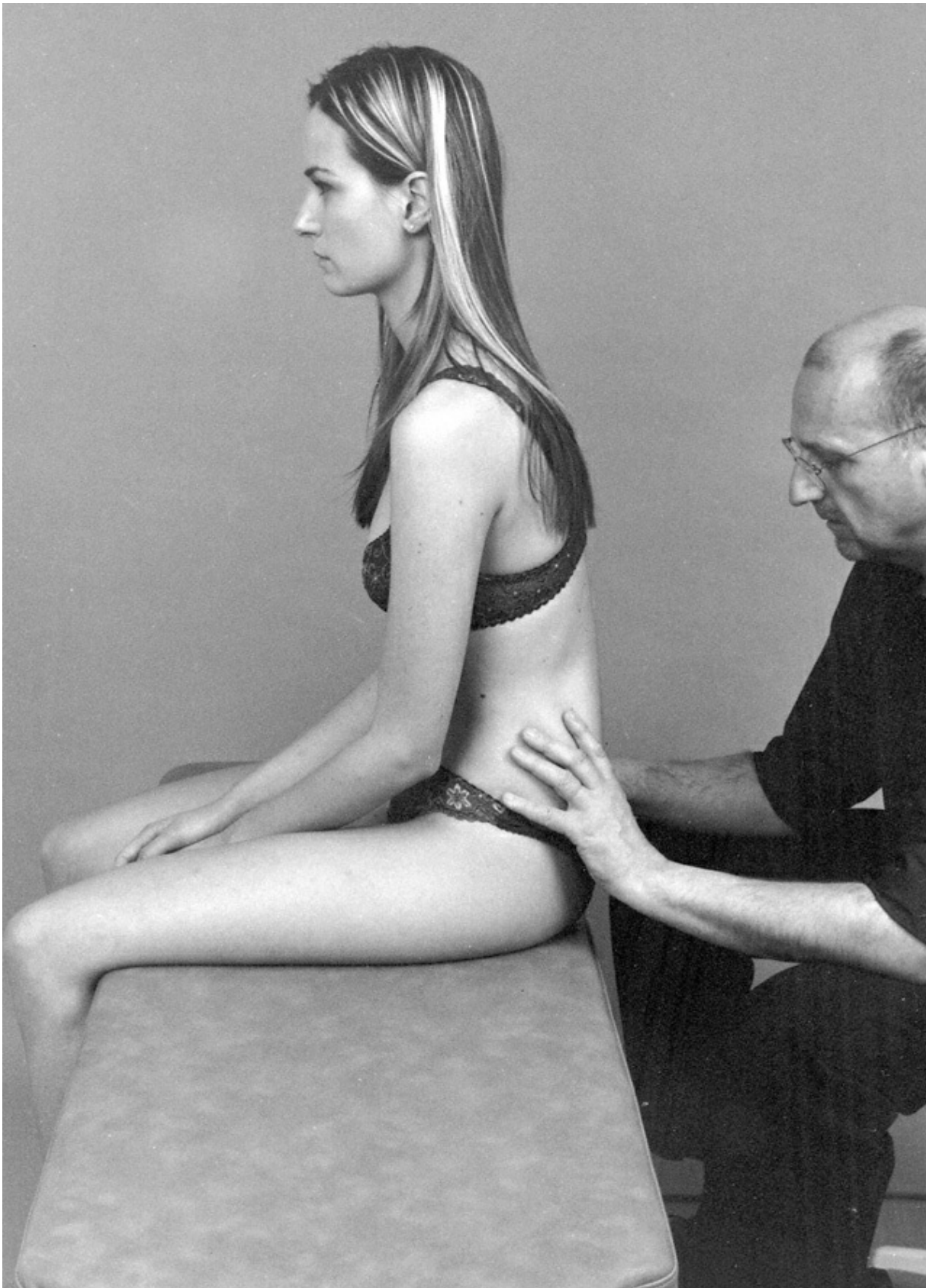


FIG. 1.12 TFA sur table haute

La différence avec le TFA sur table basse est que les pieds ne reposent pas

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

au sol ; de ce fait les creux poplités des membres inférieurs du sujet doivent être bien calés contre le rebord de la table. Le déroulement technique du test est identique à ce qui est décrit précédemment.

Analyse et conclusion

À propos des muscles paravertébraux : il est très important que le praticien note les voussures. Si il y a voussures, elles sont dues à une contracture des muscles paravertébraux (l'examen clinique ayant éliminé toute forme de courbure compensatrice).

Premier cas de figure

Les voussures apparaissent plus importantes au cours de l'exécution du TFD que celles qui apparaissent au cours de l'exécution du TFA. Il s'agit alors d'un problème qui siège au niveau des membres inférieurs : les dysfonctions présentes au niveau de l'articulation sacro-iliaque sont des dysfonctions secondaires consécutives aux possibles restrictions de mobilité siégeant au niveau des membres inférieurs.

Deuxième cas de figure

Les voussures apparaissent plus importantes, au cours de l'exécution du TFA, par rapport à ce que l'on note au cours de l'exécution du TFD. Il s'agit alors d'un problème qui siège au niveau du rachis : les dysfonctions présentes au niveau de l'articulation sacro-iliaque sont des dysfonctions secondaires consécutives aux possibles restrictions de mobilité siégeant au niveau du rachis.

Troisième cas de figure

Il n'y a aucun changement lorsque l'on observe les voussures des muscles paravertébraux et en les comparant entre elles dans le cadre du TFD et du TFA (il n'y a ni augmentation, ni diminution de ces voussures) : cela signifie que la compensation au niveau de l'articulation sacro-iliaque n'est qu'un phénomène dysfonctionnel adaptatif ne nécessitant pas un traitement manipulatif.

Test tissulaire

Introduction

C'est un test que l'on pratique lorsque l'on a trouvé une prédominance de dysfonction en faveur du sacrum après avoir comparé les tests de flexion debout et assis (TFD et TFA).

Définition

Le test tissulaire est un test qui servirait à déterminer l'axe autour duquel se mettrait en place une dysfonction qui concernerait le sacrum (axe oblique droit, axe oblique gauche, demi-axe horizontal gauche ou droit). (Voir ces différents axes en *Annexes*)

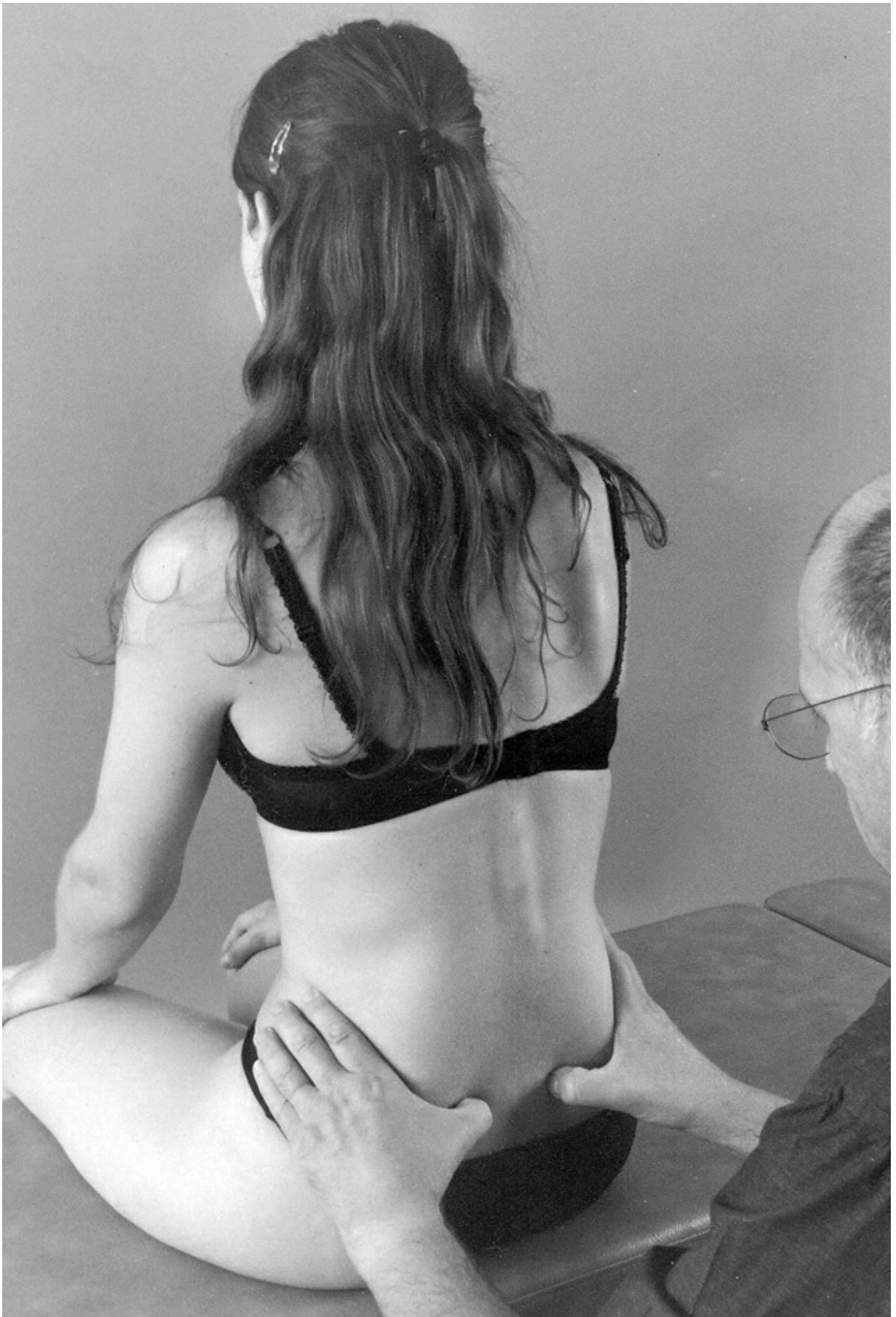


FIG. 1.13 1^{er} temps

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Position du sujet

Le sujet est assis dans la même position que s'il effectuait un TFA :

- soit ses pieds reposent bien à plat au sol ;
- soit ses pieds ne reposent pas au sol, mais dans ce cas les fosses poplitées sont bien calées contre le rebord de la table.

Ce qui est important pour le bon déroulement de ce test

Le sujet doit poser ses mains sur ses genoux, et, lorsqu'il se penchera en avant pour réaliser le test, il faudra qu'il pose ses avant-bras bien à plat sur ses cuisses afin d'éviter la contraction des muscles paravertébraux.



FIG. 1.14 2^e temps
Positionnement des mains du praticien

Les interphalangiennes des deux pouces du praticien se positionnent sur les deux épines iliaques postéro-supérieures (EIPS) ; tous les autres doigts se déploient sur la partie haute de la région fessière, l'index étant au voisinage de la crête iliaque. Le praticien exécute une flexion de P2 de son pouce en entraînant légèrement la peau pour se positionner en regard du sulcus (sillon sacré).

Remarque : Veiller à ne pas comprimer les tissus afin de rester dans un test tissulaire.



FIG. 1.15 3^e temps

Les pouces du praticien sont placés au niveau des sulcus, la pulpe de ces derniers n'étant pas au contact des bases (ou hémibases) du sacrum. L'intérêt

de ce positionnement spécifique du pouce du praticien est de capter et d'apprécier le déplacement des tissus au voisinage de la base (ou hémibase) du sacrum. Le côté où les tissus seront le plus facilement entraînés déterminera l'axe autour duquel se mettra en place une dysfonction (axe oblique droit, axe oblique gauche, demi-axe horizontal gauche ou droit). (Voir ces différents axes en *Annexe*.)

Remarque :

- Le côté qui détermine l'axe est la partie mobile ;
- l'autre côté est la partie la moins mobile où siège la restriction de mobilité ;
- le test tissulaire concernant les bases est un test qui est très rapidement positif : il n'est donc pas nécessaire de demander au sujet de se pencher en avant de manière très marquée.



FIG. 1.16 4^e temps

Le sujet étant revenu à sa position de départ (assis, tronc droit) le praticien déplace ses doigts :

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

- les doigts se déploient sur les faces latérales de l'os coxal et sur les grands trochanters (droit et gauche).
- ses deux pouces se placent sous les deux angles inféro-latéraux du sacrum (AILS) droit et gauche.



FIG. 1.17 5° temps

Le praticien demande ensuite au sujet une flexion du tronc en précisant à ce dernier de bien prendre appui avec ses mains ou ses avant-bras sur la face antérieure de ses cuisses suivant les morphologies du sujet. Le praticien prend note de l'angle inféro-latéral (AIL) – droit ou gauche – qui se déplace le plus vers le haut.

Remarque : Le test tissulaire concernant les AILS est un test qui est très rapidement positif : il n'est donc pas nécessaire de demander au sujet de se pencher en avant de manière très marquée.

Analyse du test

Premier cas de figure

- Dans le premier temps du test : les pouces du praticien positionnés au niveau des sulcus (droit et gauche) donnent un pousse « montant » à droite (c'est-à-dire une base « montante » à droite).
- Dans le deuxième temps du test : les pouces du praticien positionnés sur les AILS (droit et gauche) donnent un pousse « montant » à gauche.

Conclusion

Nous sommes en présence d'un axe oblique droit (c'est-à-dire un axe tendu du pôle supérieur de l'articulation sacro-iliaque droite au pôle inférieur de l'articulation sacro-iliaque gauche).

L'axe oblique droit étant déterminé, il s'agit maintenant d'identifier la nature de la torsion.

S'agit-il :

- d'une torsion sacrée antérieure droite/droite (TSADD) ?
- d'une torsion sacrée postérieure gauche/droite (TSPGD) ?

Deuxième cas de figure

- Dans le premier temps du test : les pouces du praticien positionnés au niveau des sulcus (droit ou gauche) donnent un pousse « montant » à gauche (c'est-à-dire une base « montante » à gauche).
- Dans le deuxième temps du test : les pouces du praticien positionnés sur les AILS (droit ou gauche) donnent un pousse « montant » à droite.

Conclusion

Nous sommes en présence d'un axe oblique gauche (c'est-à-dire un axe tendu du pôle supérieur de l'articulation sacro-iliaque gauche au pôle inférieur de l'articulation sacro-iliaque droite).

L'axe oblique gauche étant déterminé, il s'agit maintenant d'identifier la nature de la torsion.

S'agit-il :

- d'une torsion sacrée antérieure gauche/gauche (TSAGG) ?
- d'une torsion sacrée postérieure droite/gauche (TSPDG) ?

Troisième cas de figure

- Dans le premier temps du test : les pouces du praticien positionnés au niveau des sulcus (droit et gauche) donnent un pouce « montant » à droite (c'est-à-dire une base « montante » à droite).
- Dans le deuxième temps du test : les pouces du praticien positionnés sur les AILS (droit et gauche) donnent un pouce « montant » à droite.

Conclusion

Nous sommes en présence d'un demi-axe horizontal gauche (il s'agit de l'axe transverse moyen du sacrum passant par le corps de la deuxième vertèbre sacrée, S2).

Le demi-axe transversal gauche étant déterminé, il s'agit maintenant de déterminer la bascule du sacrum.

S'agit-il :

- d'une bascule sacrée unilatérale antérieure droite (BSUAD) ?
- d'une bascule sacrée unilatérale postérieure droite (BSUPD) ?

Quatrième cas de figure

- Dans le premier temps du test : les pouces du praticien positionnés au niveau des sulcus (droit et gauche) donnent un pouce « montant » à gauche (c'est-à-dire une base « montante » à gauche).
- Dans le deuxième temps du test : les pouces du praticien positionnés sur les AILS (droit et gauche) donnent un pouce « montant » à gauche.

Conclusion

Nous sommes en présence d'un demi-axe horizontal droit (il s'agit également de l'axe transverse moyen du sacrum passant par le corps de la deuxième vertèbre sacrée, S2).

Le demi-axe horizontal droit étant déterminé, il s'agit maintenant d'identifier la bascule du sacrum.

S'agit-il :

- d'une bascule sacrée unilatérale antérieure gauche (BSUAG) ?
- d'une bascule sacrée unilatérale postérieure gauche (BSUPG) ?

N.B. : En ce qui concerne les bascules antérieures ou postérieures du sacrum, droite ou gauche, on peut considérer que la bascule se fait soit sur le demi-axe horizontal controlatéral, soit sur le demi-axe horizontal homolatéral dans le cas d'un dysmorphisme (un examen d'imagerie médicale s'impose alors).

Rappel : Le résultat d'un test pris isolément n'a aucune valeur en soi : c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumis aux données anamnestiques et cliniques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

Tests positionnels

Introduction

Ce sont des tests que l'on pratique soit sur l'ilium si le TFD est positif, soit sur l'ilium et le sacrum si le TFD et le TFA sont positifs.

Définition

Ce sont des tests destinés à repérer le positionnement des structures osseuses dans l'espace. Ces tests ne permettent pas d'identifier une réelle asymétrie osseuse, mais ils confirmeraient ou infirmeraient une sensation de position dans l'espace qui devrait être corrélée avec l'ensemble des autres tests.

Os coxal

- Épine iliaque antéro-supérieure (EIAS).
- Épine iliaque postéro-supérieure (EIPS).
- Crête iliaque.
- Branche symphysaire (ou partie crâniale du corps du pubis).
- Tubérosité ischiatique.
- Test du compas « pouce-index » du praticien entre l'EIAS du sujet et l'ombilic.

Sacrum

- Base droite ou gauche.
- Angle inféro-latéral (AIL) droit ou gauche.

Ligament sacro-tubéral

- Palpation de ce ligament à la recherche d'une tension et/ou d'une douleur.

Os coxal

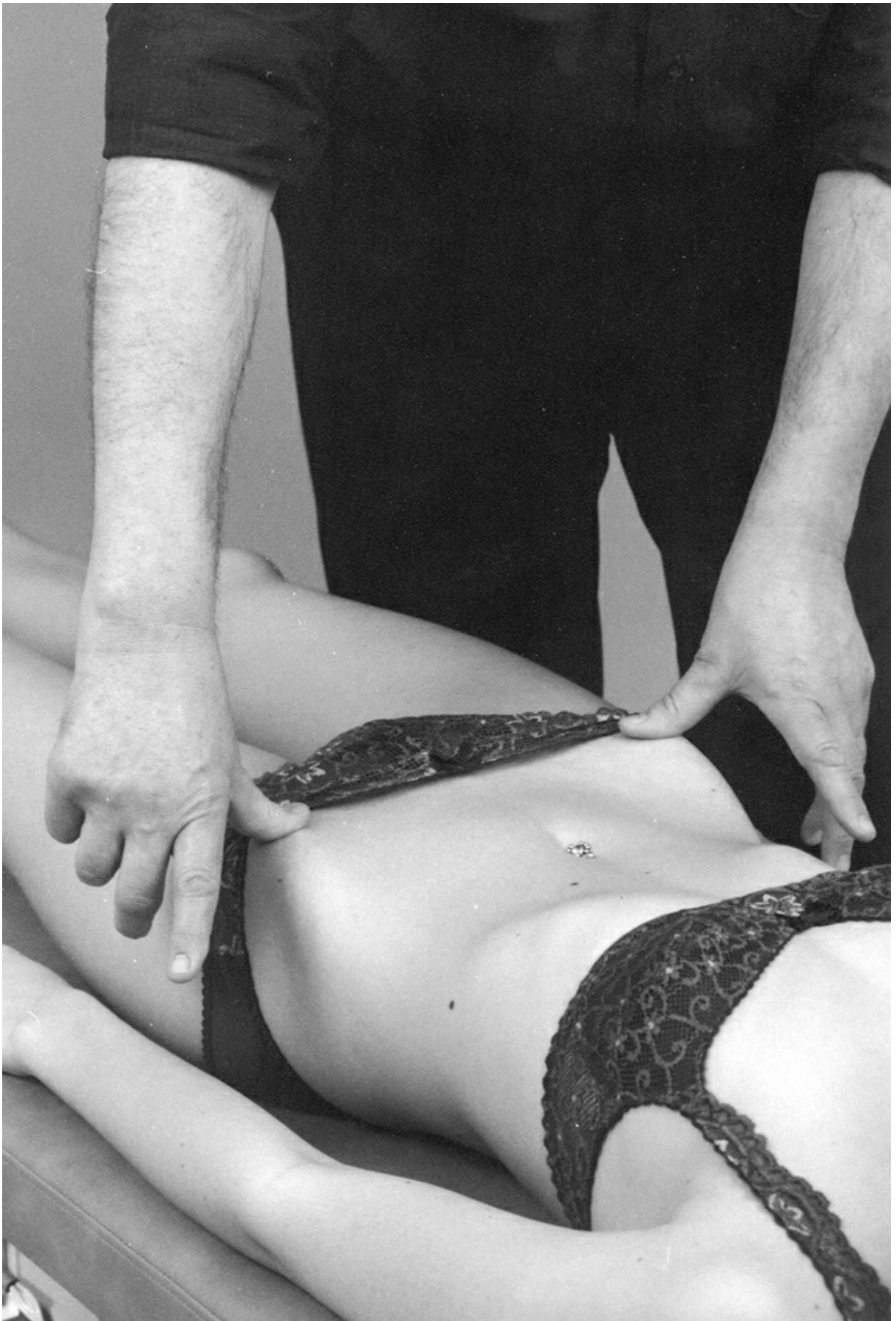


FIG. 1.18 Repérage EIAS

Définition

C'est un test qui permet de localiser l'EIAS dans l'espace, par comparaison avec l'autre côté (plus haute ou plus basse, plus antérieure ou plus postérieure).

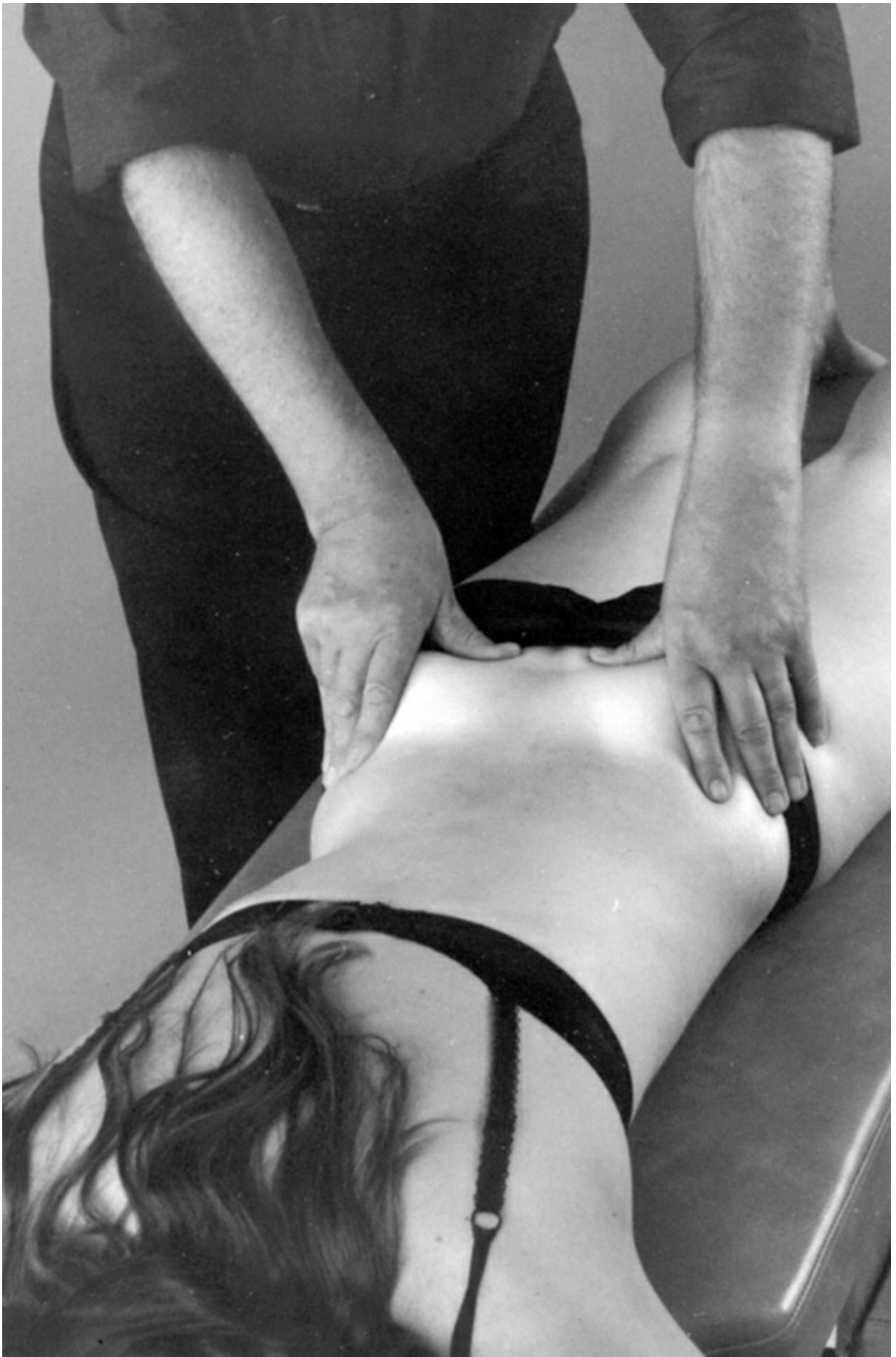
Remarque : Plus antérieure ou plus postérieure, elle donne une idée d'une éventuelle torsion du bassin.

Réalisation

Le sujet est en décubitus, le praticien place la pulpe de ses deux pouces sur les EIAS pour vérifier laquelle de ces deux structures est plus proéminente par comparaison avec l'autre côté. Dans un deuxième temps il place ses pouces au-dessous des EIAS afin de vérifier laquelle de ces deux structures est plus basse ou plus haute par comparaison avec l'autre côté.

Analyse et conclusions

- L'EIAS va être plus basse et plus proéminente dans le cadre d'un ilium antérieur.
- L'EIAS va être plus haute et moins proéminente dans le cadre d'un ilium postérieur.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.19 Repérage EIPS

Définition

C'est un test qui permet de localiser l'EIPS dans l'espace (plus haute ou plus basse) par comparaison avec l'autre côté et plus ou moins proéminente par comparaison avec l'autre côté.

Réalisation

Le sujet est en procubitus, le praticien place la pulpe de ses deux pouces sur les EIPS pour vérifier laquelle de ces deux structures est plus postérieure ou plus proéminente par comparaison avec l'autre côté. Dans un deuxième temps il place ses pouces au-dessous des EIPS afin de vérifier laquelle de ces deux structures est plus basse ou plus haute par comparaison avec l'autre côté.

Analyse et conclusions

- L'EIPS va être plus haute et moins proéminente dans le cadre d'un ilium antérieur, et simplement plus basse et plus proéminente dans le cadre d'un ilium postérieur.
- L'EIPS va être plus basse et plus proéminente dans le cadre d'un ilium postérieur.



FIG. 1.20 Repérage de la crête iliaque

Définition

C'est un test qui permet de localiser cette structure dans l'espace (haute ou basse) par comparaison avec l'autre côté.

Réalisation

Le sujet est en décubitus ou en procubitus, le praticien place ses doigts sur la crête iliaque et recherche de quel côté, droit ou gauche, cette structure est la plus haute.

Analyse et conclusions

Dans le cas d'un ilium en supériorité à droite (par exemple) et par comparaison avec le côté opposé :

- la crête iliaque droite est plus haute ;
- l'EIPS droite est plus haute ;
- la tubérosité ischiatique droite est plus haute.

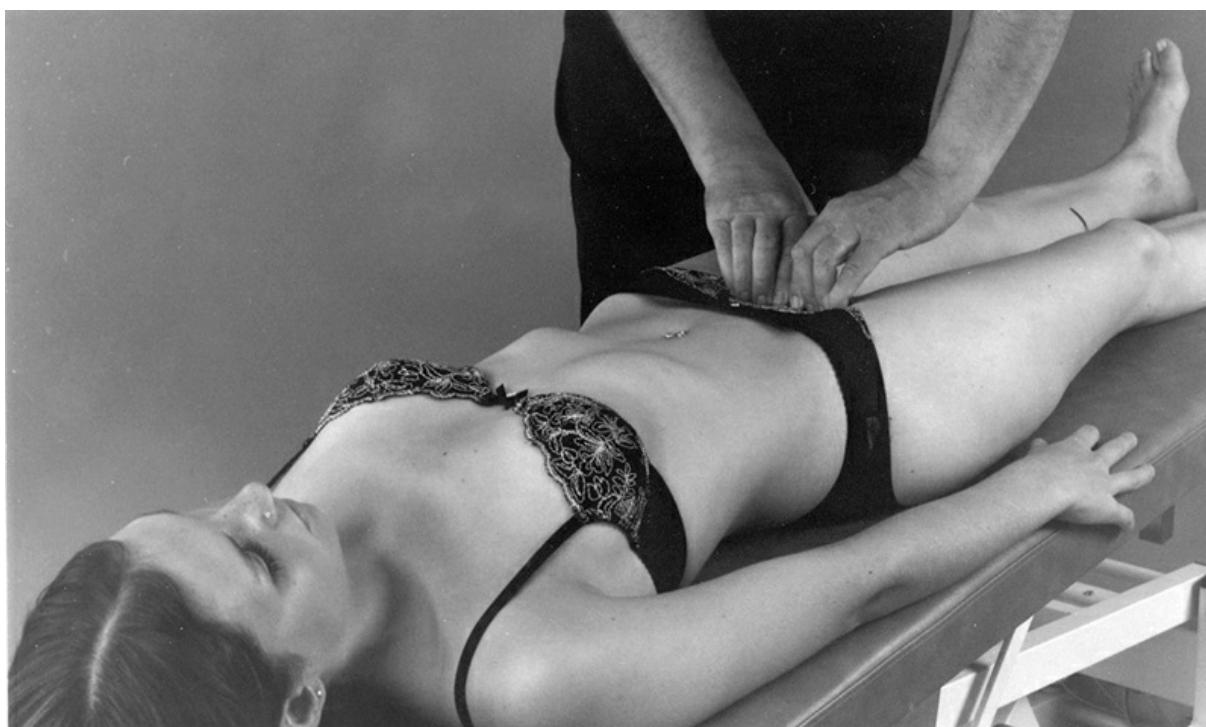


FIG. 1.21 Repérage du bord crânial (supérieur) du corps du pubis

Définition

C'est un test qui permet à la palpation de détecter un décalage en « marche d'escalier » entre les bords crâniaux (supérieurs) droit et gauche du corps du

pubis.

Réalisation

Pour la technique se reporter à la définition et à la figure ci-contre.

Analyse et conclusions

Ce type de test permet de détecter deux types de dysfonctions :

- soit une branche symphysaire (droite ou gauche) en supériorité ;
- soit une branche symphysaire (droite ou gauche) en infériorité.



FIG. 1.22 Repérage des tubérosités ischiatiques

Définition

C'est un test qui permet de localiser cette structure dans l'espace (haute ou basse) par comparaison avec l'autre côté.

Réalisation

Le sujet est en procubitus, le praticien place ses pouces au niveau des plis sous-fessiers, au contact des tubérosités ischiatiques, et note le positionnement de chacune dans l'espace (plus haute ou plus basse) par

comparaison avec l'autre côté.

Analyse et conclusions

Dans le cas d'un ilium en supériorité à droite (par exemple) et par comparaison avec le côté opposé :

- la tubérosité ischiatique droite est plus haute,
- l'EIPS droite est plus haute,
- la crête iliaque droite est plus haute.

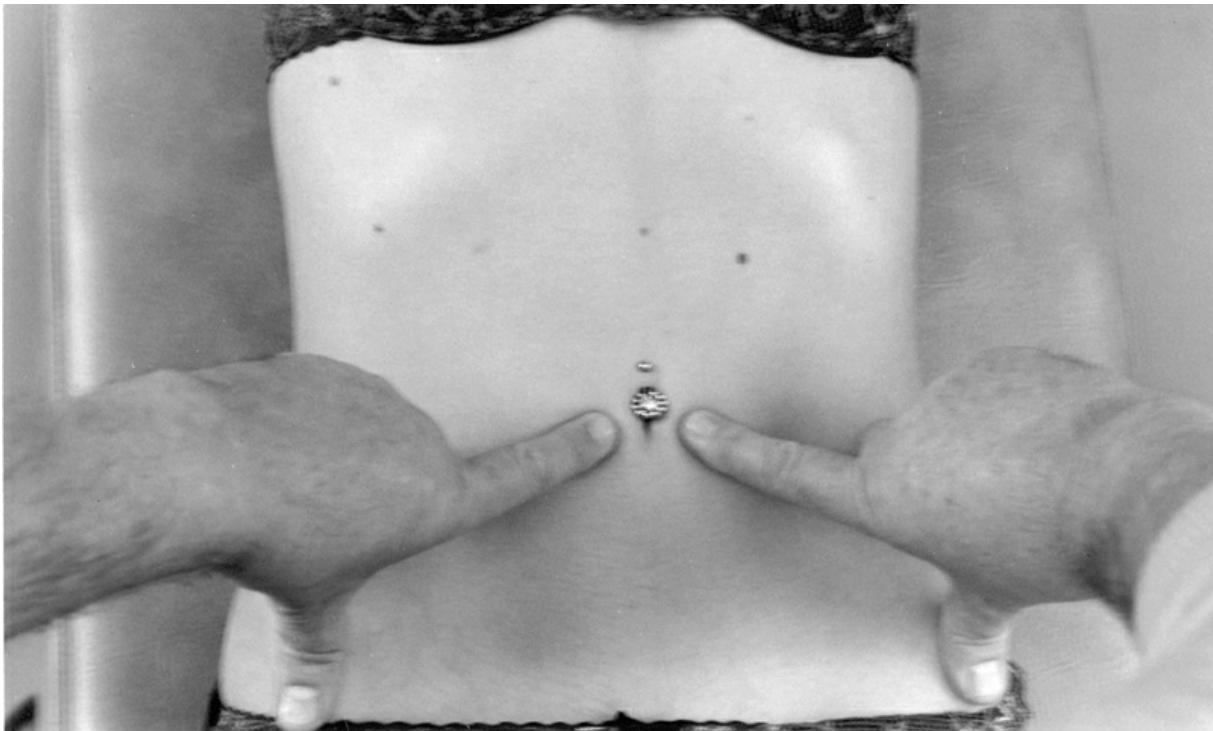


FIG. 1.23 Test du compas « pouce-index » du praticien entre l'EIAS du sujet et l'ombilic

Définition

C'est un test qui vise à diagnostiquer l'ilium ouvert ou fermé.

Réalisation

Le sujet est en décubitus ; le praticien, à l'aide du compas « pouce-index », mesure la distance entre l'EIAS et l'ombilic en comparant avec l'autre côté.

Analyse et conclusions

- Dans le cas d'un ilium en ouverture : la distance EIAS-ombilic est plus

grande du côté du TFD positif (qui définit le côté de la dysfonction), par comparaison avec l'autre côté.

- Dans le cas d'un ilium en fermeture : la distance EIAS-ombilic est plus petite du côté du TFD positif (qui définit le côté de la dysfonction), par comparaison avec l'autre côté.

Sacrum

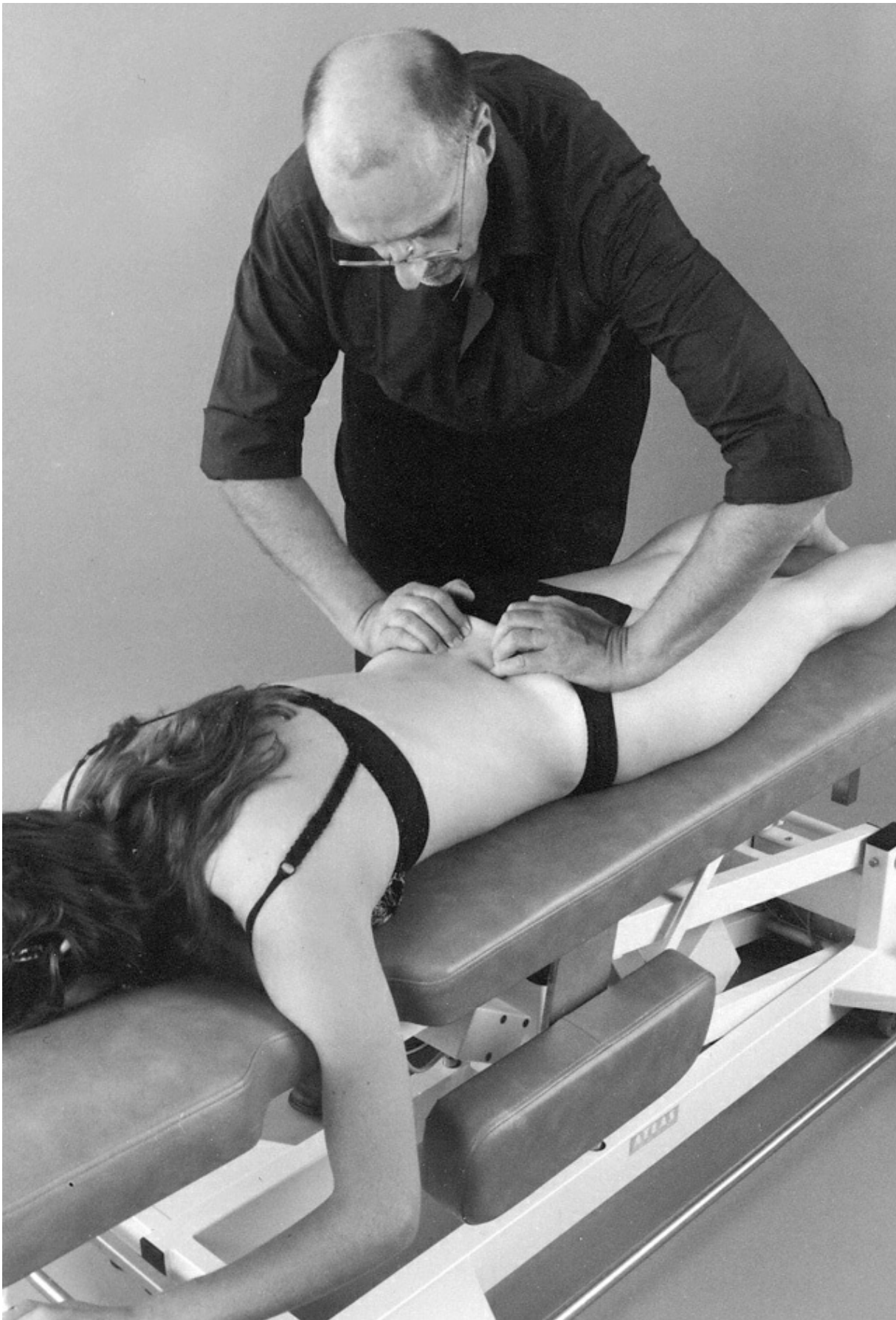


FIG. 1.24 Repérage des sulcus sacrés

Définition

C'est un test qui permet de localiser la base ou l'hémibase droite du sacrum en antériorité ou en postériorité.

Réalisation

Le sulcus (droit ou gauche) est la gouttière comprise entre la partie postérieure de la crête iliaque et le sacrum. Lorsque le praticien pose ses doigts dans cette gouttière, il se trouve en regard de la base sacrée (ou hémibase) droite ou gauche.

Analyse et conclusions

C'est un test qui permet d'apprécier et de comparer le sillon le plus « plein » (base ou hémibase postérieure) par rapport au sillon le plus « creux » (base ou hémibase antérieure). Les résultats de ces tests doivent évidemment être corrélés avec les résultats des autres tests.



FIG. 1.25 Repérage des angles inféro-latéraux du sacrum (ALS)

Définition

C'est un test qui permet de repérer l'AIL dans l'espace.

Réalisation

Les pouces du praticien se placent au contact des AILS (voir la figure ci-contre).

Rappel : L'AIL est la partie la plus saillante du bord latéral du sacrum.

Analyse et conclusions

Ce test permet au praticien, par l'intermédiaire de l'appui sur l'AIL, d'apprécier la position de ce dernier :

- soit en position haute ou basse ;
- soit en position antérieure ou postérieure.

Ces résultats doivent être corrélés avec les autres tests cherchant le même type de dysfonction.

Ligament sacro-tubéral



FIG. 1.26 Palpation du ligament sacro-tubéral, 1^{er} temps
Positionnement du sujet et du praticien
Positionnement des mains

Le sujet est en procubitus, le praticien est debout du côté controlatéral. Il place son pouce sur le sacrum, à la jonction sacrum-coccyx, le pouce dirigé vers le bas.



FIG. 1.27 Palpation du ligament sacro-tubéral, 2^e temps

Le praticien déprime le muscle grand glutéal (grand fessier) latéralement (vers l'extérieur). Le pouce du praticien s'enfonce dans la masse du grand fessier d'arrière en avant et de bas en haut, au contact du ligament à la recherche d'une douleur ou d'une tension.

Remarque : La tension ou l'hypertonie du muscle grand fessier peut être une gêne pour la palpation de cette structure. Dans ce cas il faut tenter de relâcher ce muscle notamment en utilisant le « ballotement » de la fesse ou en mettant le sujet en décubitus latéral.

Tests de mobilité

Introduction

Ils se pratiquent soit sur l'ilium soit sur le sacrum, en fonction de la comparaison entre le TFD et le TFA, qui donnerait la prédominance de la restriction de mobilité : soit sur l'ilium soit sur le sacrum.

Les tests de mobilité concernent le sacrum, l'ilium et le rachis lombaire.

Nous présentons ici les tests suivants :

- Test de l'appui sur l'ilium.
- Test de l'appui sur le petit bras droit et le petit bras gauche des auricules droit et gauche des articulations sacro-iliaques (voir [fig. 4.2](#) et [4.3](#), chapitre *Le sacrum*). C'est un test qui rechercherait, et infirmerait ou confirmerait,

une dysfonction primaire de l'ilium par rapport au sacrum.

- Test de l'appui sur le grand bras droit et le grand bras gauche des auricules droit et gauche des articulations sacro-iliaques. C'est un test qui rechercherait, et infirmerait ou confirmerait, une dysfonction primaire du sacrum par rapport à l'ilium.
- Test de l'appui sur le sacrum.
- Test de l'appui sur l'angle inféro-latéral (AIL) droit ou gauche du sacrum avec réception de l'information sur la base sacrée controlatérale.
- Test de l'appui sur la base droite ou gauche du sacrum avec réception de l'information sur la base sacrée controlatérale.
- Test de l'appui sur la base droite ou gauche du sacrum avec réception de l'information sur l'AIL homolatéral.
- Test du rebond sur le processus épineux L5.
- Test de mobilité portant sur L5 pouvant mettre en évidence la postériorité du processus transverse de cette vertèbre.

Test de l'appui sur l'ilium

Première phase

Au cours de cette phase, le praticien infirme ou confirme s'il s'agit d'une dysfonction primaire de l'ilium par rapport au sacrum.

Définition

C'est un test qui recherche, et infirme ou confirme, une éventuelle restriction de mobilité de l'os coxal par rapport au sacrum.

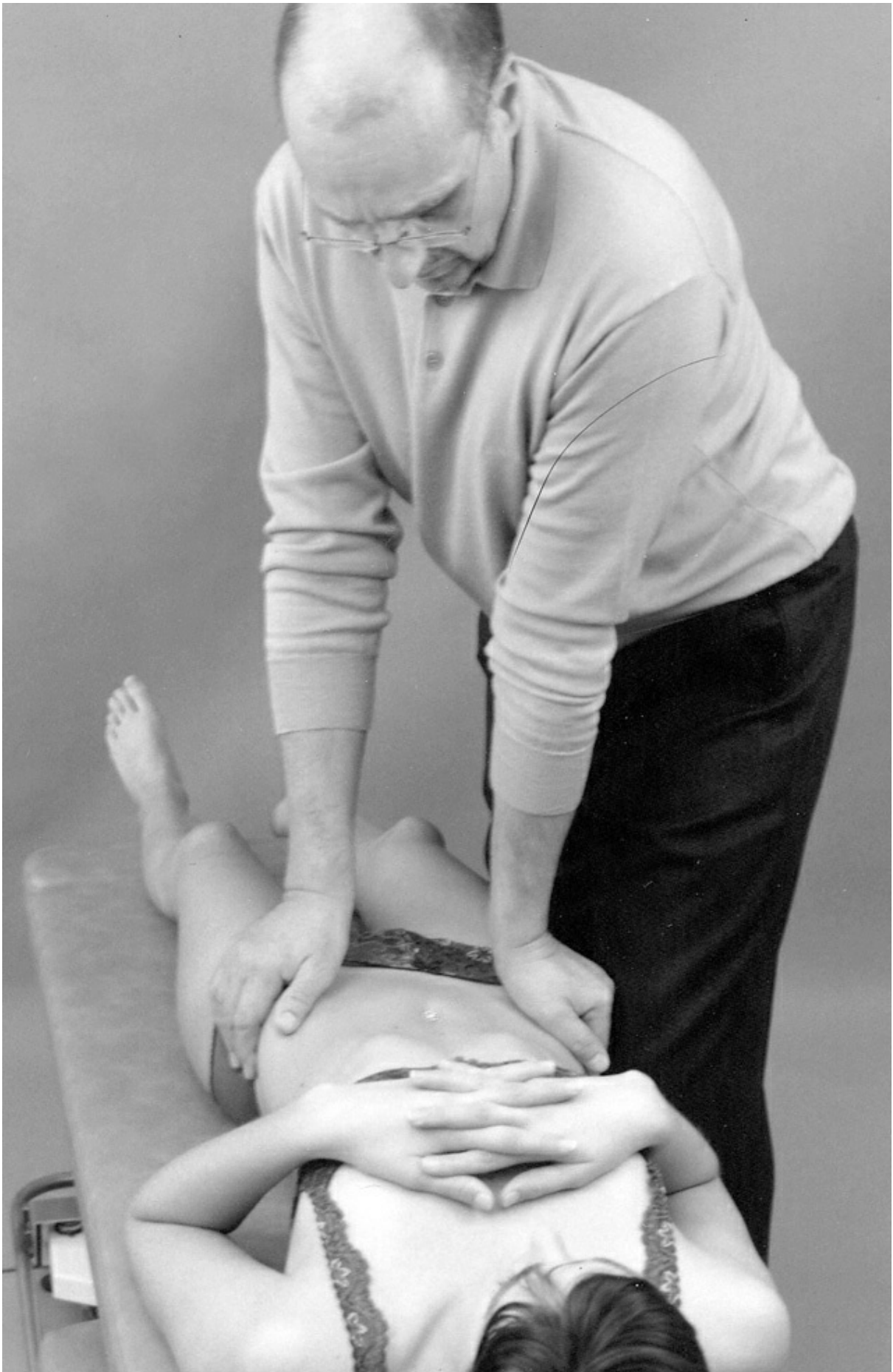
C'est un test qui se déroule en trois temps.

Premier temps : le praticien recherche une éventuelle restriction de mobilité, partielle ou totale, dans le petit bras (droit ou gauche) de l'auricule (droit ou gauche) de l'articulation sacro-iliaque (droite ou gauche).

Deuxième temps : le praticien apprécie la qualité du rebond sur l'ilium.

Troisième temps : le test doit être comparatif (droite/gauche).

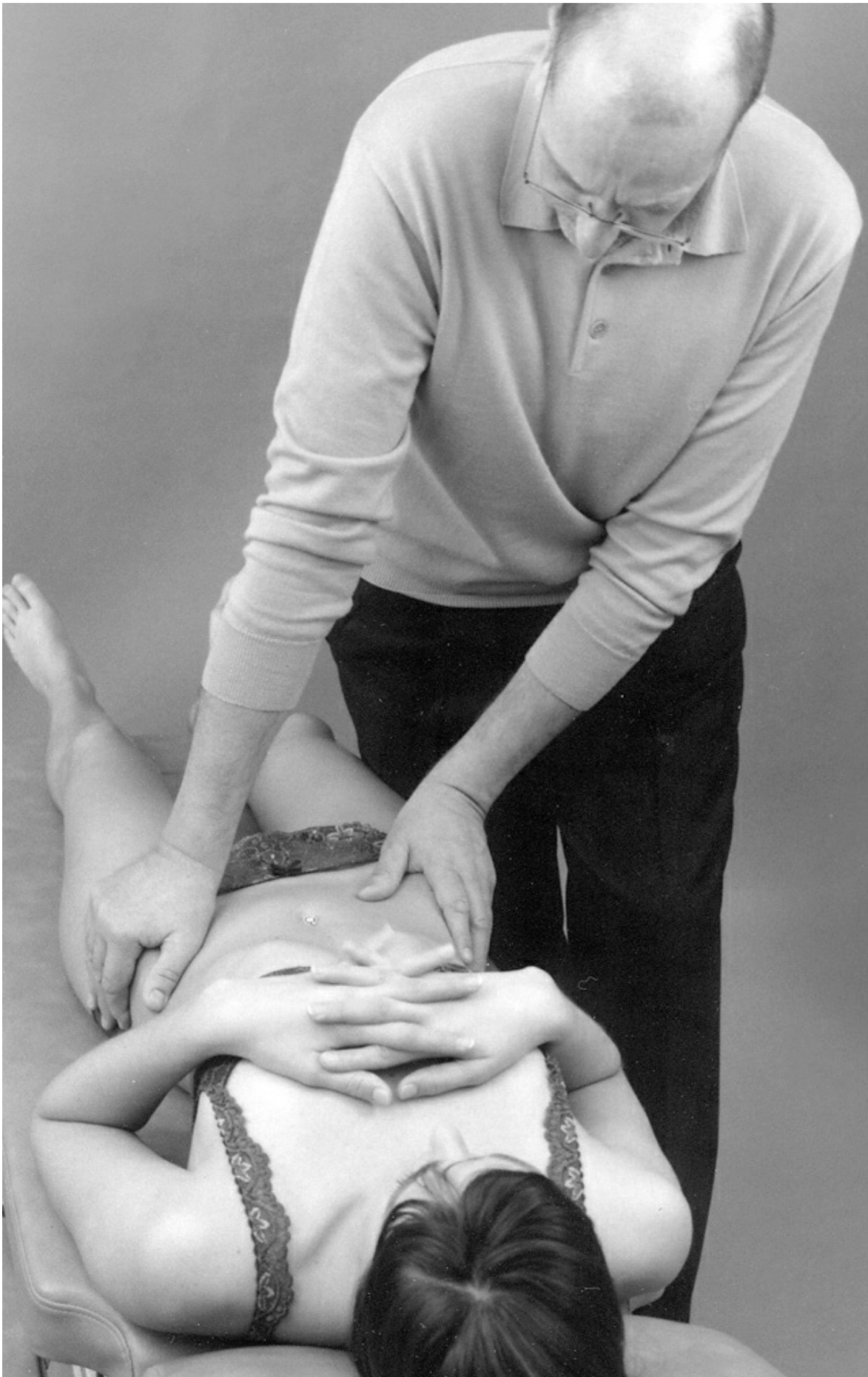
Déroulement du test



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.28 Technique
Appui sur l'ilium droit

Le sujet est en décubitus. Dans le cadre de l'ilium antérieur droit, le praticien empaume l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) droite et la partie antérieure de la crête iliaque droite, structures sur lesquelles il va effectuer le test. Il stabilise l'os coxal gauche et il imprime un mouvement de compression au niveau de l'ilium droit dans l'axe du petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.29 Technique
Appui sur l'ilium gauche

En ce qui concerne l'appui sur l'ilium antérieur gauche, le praticien empaume l'EIAS gauche et la partie antérieure de la crête iliaque gauche, structures sur lesquelles il va effectuer le test. Il stabilise l'os coxal droit et il imprime un mouvement de compression au niveau de l'ilium gauche dans l'axe du petit bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Pour une technique optimale

Remarquer la translation du bassin du praticien vers la gauche, qui permet d'aller « chercher » la restriction de mobilité au niveau du petit bras gauche de l'articulation sacro-iliaque. Cette translation du bassin permet au praticien d'effectuer le mouvement avec le corps tout entier, son coude étant en extension comme le montre la [figure 1.29](#).

Noter sur la [figure 1.29](#) l'avancée, couplée à une légère rotation, du bassin du praticien vers sa gauche ; ce mouvement permet d'aller « chercher » la restriction de mobilité au niveau du petit bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque. Ce double mouvement du bassin du praticien (avancée plus légère rotation vers sa gauche) permet au praticien d'effectuer le mouvement avec le corps tout entier, son coude étant en extension, comme le montre la figure.

Analyse et conclusions

Le praticien note, lors de l'appui, une plus grande résistance du côté en dysfonction, c'est-à-dire à droite, par comparaison avec l'autre côté.

Il teste les qualités respectives de la résistance au mouvement et de l'arrêt de ce dernier en comparant avec le côté controlatéral.

Test du rebond sur l'ilium

Le praticien appuie sur l'ilium dans l'axe du petit bras et accompagne le retour en appréciant ce dernier sur les plans qualitatif et quantitatif. Cela donne au praticien un certain nombre d'informations sur l'intensité et la qualité de la résistance, et sur la localisation de cette dernière : la résistance se matérialise-t-elle sur une petite ou sur une grande étendue de la surface articulaire ? Cela donne au praticien une information sur le niveau où le geste manipulatif doit être porté pour une réduction optimale de la

restriction de mobilité.

Ce test de l'appui sur l'ilium – qui doit être comparatif : droite/gauche – permet de rechercher une éventuelle restriction de mobilité, partielle ou totale, localisée sur le grand bras droit ou gauche de l'articulation sacro-iliaque, signant, si elle est présente, une restriction de mobilité de l'ilium par rapport au sacrum.

C'est alors l'ilium qui est en restriction de mobilité par rapport au sacrum.

Test de l'appui sur l'ilium

Deuxième phase

Au cours de cette phase, le praticien infirme ou confirme s'il s'agit bien d'une dysfonction primaire du sacrum par rapport à l'ilium.

Définition

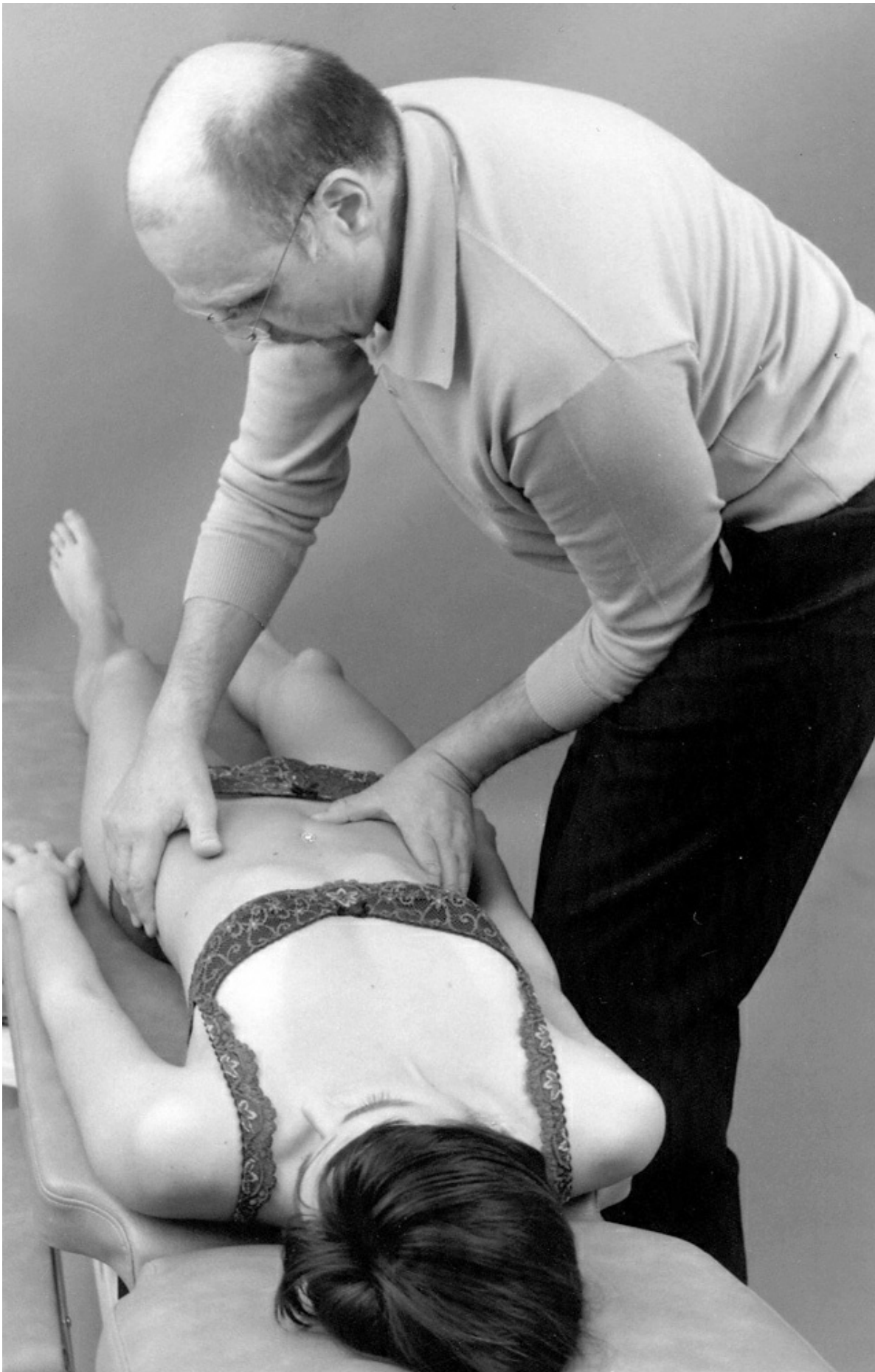
C'est un test qui recherche, et infirme ou confirme, une éventuelle restriction de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium.

C'est un test qui se déroule en trois temps.

Premier temps : le praticien recherche une éventuelle restriction de mobilité partielle ou totale dans le grand bras (droit ou gauche) de l'auricule (droit ou gauche) de l'articulation sacro-iliaque (droite ou gauche).

Deuxième temps : le praticien apprécie la qualité du rebond sur l'ilium.

Troisième temps : le test doit être comparatif (droite/gauche).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.30 Recherche d'une restriction de mobilité dans le grand bras droit

Le sujet est en décubitus. Le praticien imprime un mouvement de compression de l'ilium droit dans l'axe du grand bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le praticien, positionné en fente avant gauche, place son coude gauche dans sa fosse iliaque gauche. Son coude gauche étant bien calé dans sa fosse iliaque gauche il utilise le poids de son corps pour appuyer d'avant en arrière et de dehors en dedans afin de tester une éventuelle restriction de mobilité partielle ou totale au niveau du grand bras droit de l'auricule droit du sacrum.



FIG. 1.31 Recherche d'une restriction de mobilité dans le grand bras gauche

Le sujet est en décubitus. Le praticien imprime un mouvement de
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

compression dans l'axe du grand bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Remarque : Il est possible de refaire la même technique que celle décrite [figure 1.30](#) en se mettant de l'autre côté. Noter bien la position de l'avant-bras droit du praticien qui va dans la direction du grand bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.

Pour une technique optimale

Noter sur les figures ci-dessus l'angulation du coude du praticien qui devra être conservée lors de la poussée sur l'ilium gauche. Noter par ailleurs que le praticien utilise la contraction du chef claviculaire de son grand pectoral ainsi que la contraction de ses muscles obliques homolatéraux de l'abdomen.

C'est cette position particulière du coude et cette double contraction (grand pectoral et muscle oblique externe de l'abdomen) qui permettent au praticien, lors de la poussée sur l'ilium gauche, de « tomber » exactement dans l'axe du grand bras et donc d'être en mesure d'évaluer une éventuelle restriction de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium.

Analyse et conclusion

Ce test comparatif droite/gauche permettrait de rechercher une éventuelle restriction de mobilité, partielle ou totale, localisée sur le grand bras, droit ou gauche, de l'auricule droit ou gauche du sacrum signant, si elle est présente, une restriction de mobilité du sacrum par rapport à l'ilium.

C'est alors le sacrum qui serait en restriction de mobilité par rapport à l'ilium.

Test du rebond sur l'ilium

Le praticien appuie sur l'ilium dans l'axe du grand bras et accompagne le retour en appréciant ce dernier sur les plans qualitatif et quantitatif. Cela donne au praticien un certain nombre d'informations sur l'intensité et la qualité de la résistance, et sur la localisation de cette dernière : la résistance se matérialise-t-elle sur une petite ou sur une grande étendue de la surface articulaire ? Cela donne au praticien une information sur le niveau où le geste manipulatif doit être porté pour une réduction optimale de la restriction de mobilité.

Test de l'appui sur le sacrum : base et ALL

Définition

Parmi ces tests dits de mobilité, les tests de l'appui sur la base du sacrum permettraient de détecter d'éventuelles restrictions de mobilité partielles ou totales susceptibles de siéger au niveau du petit bras droit ou du petit bras gauche de l'auricule droit ou gauche de l'articulation sacro-iliaque par l'intermédiaire d'un appui sur la base droite ou gauche du sacrum et de se répercuter ou non de manière partielle ou totale sur l'AIL sacré homo- ou controlatéral.

Les tests de l'appui sur l'AIL permettraient aussi de détecter d'éventuelles restrictions de mobilité partielles ou totales susceptibles de siéger au niveau du grand bras droit ou du grand bras gauche de l'auricule droit ou gauche de l'articulation sacro-iliaque par l'intermédiaire d'un appui sur l'AIL droit ou gauche du sacrum et de se répercuter ou non de manière partielle ou totale sur la base sacrée homo- ou controlatéral.

Ces tests dits de mobilité peuvent être exécutés de plusieurs manières : ces différentes techniques sont présentées ci-dessous. Il est préférable d'utiliser conjointement ces différentes techniques de test : l'analyse de chacune d'entre elles et leur corrélation permettent de mieux cerner le diagnostic. Les tests doivent être effectués sur les deux articulations sacro-iliaques, et être comparatifs.

Technique de test 1

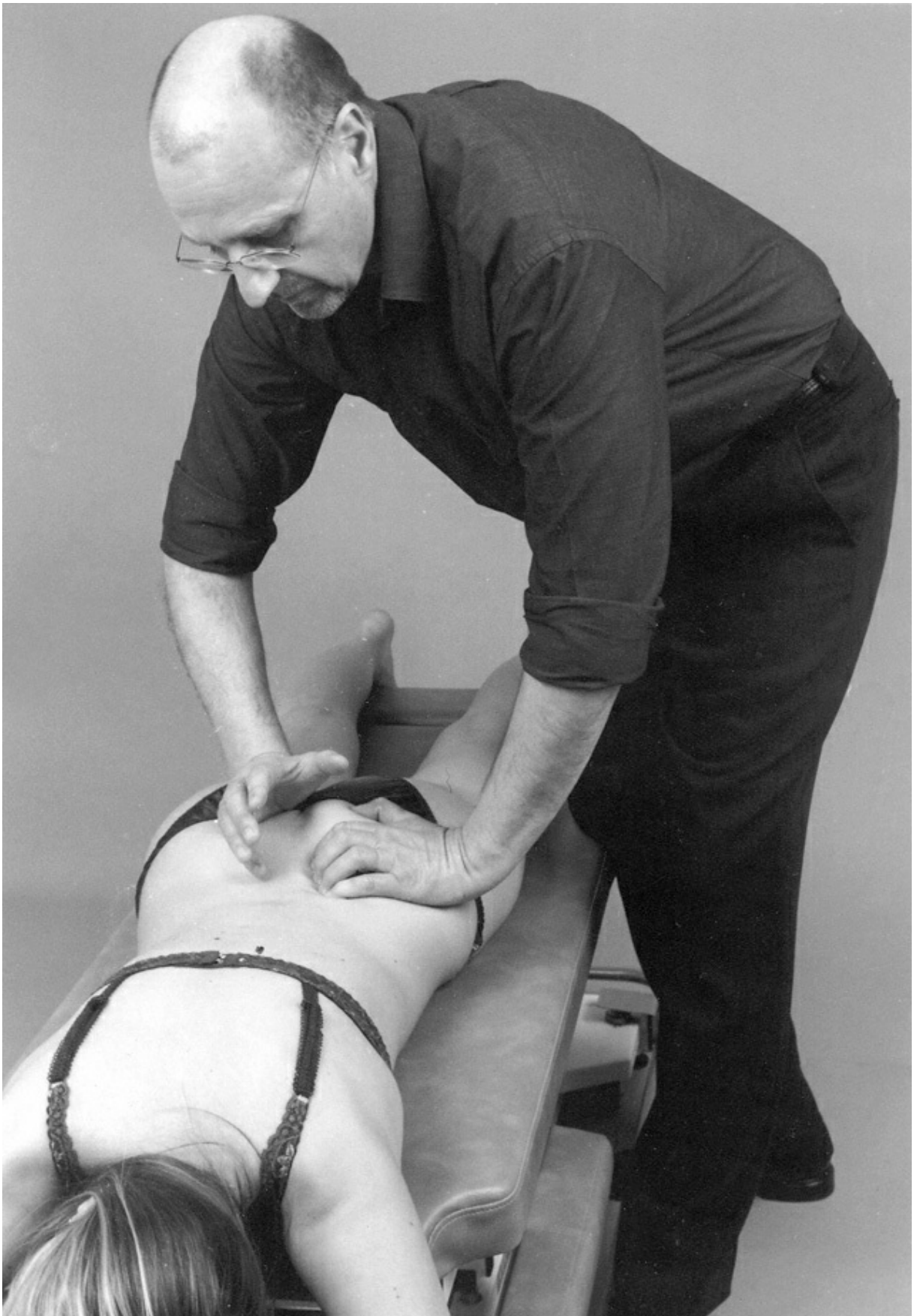


FIG. 1.32 Test de l'appui sur l'AIL droit

Le praticien appuie sur l'AIL droit du sacrum avec la base de l'éminence hypothénar de sa main droite, et réceptionne l'information sur la base gauche du sacrum à l'aide des doigts repliés de sa main gauche.

Ce qu'il faut noter

- La base de l'éminence hypothénar droite du praticien « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Cet appui sur l'AIL droit se répercute-t-il au niveau de la base gauche du sacrum ? Information recueillie par les doigts en « crochet » de la main gauche du praticien.



FIG. 1.33 Test de l'appui sur l'AIL gauche

Le praticien appuie sur l'AIL gauche du sacrum avec la base de l'éminence
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

hypothénar de sa main gauche, et réceptionne l'information sur la base droite du sacrum à l'aide des doigts repliés de sa main droite.

Ce qu'il faut noter

- La base de l'éminence hypothénar gauche du praticien « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas ou encore s'enfonce partiellement.
- Cet appui sur l'AIL gauche se répercute-t-il au niveau de la base droite du sacrum ? Information recueillie par les doigts en « crochet » de la main droite du praticien.

Technique de test 2



FIG. 1.34 Vue dorsale de la prise

L'index de la main gauche du praticien se place au niveau de la partie dorsale du poignet qui est en regard de la base de l'éminence thénar de la

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

main droite. Le majeur de la main gauche se place au niveau de la partie dorsale du poignet qui est en regard de la base de l'éminence hypothénar de la main droite.

Remarque : Cela peut évidemment être l'inverse en ce qui concerne les mains droite et gauche.

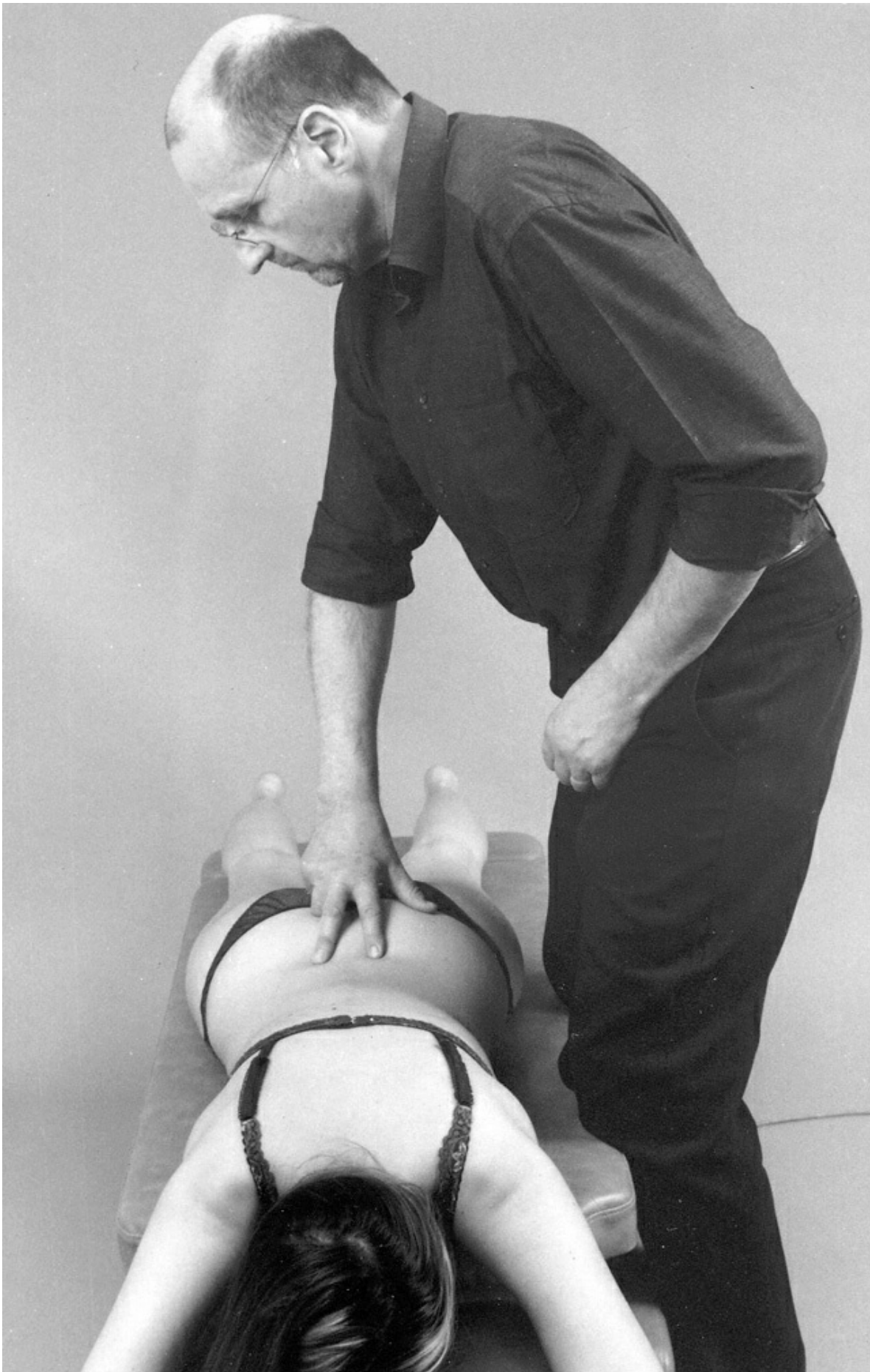


FIG. 1.35 Vue palmaire de la prise

L'index de la main droite du praticien se côle sur l'éminence thénar de la main gauche du praticien alors que le majeur de cette main se cale sur l'éminence hypothénar de cette même main gauche.

Important

Noter ce positionnement particulier des doigts et des mains du praticien qui permet de mieux comprendre la technique illustrée par les [figures 1.36](#) à [1.41](#).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.36 Mise en place des paramètres, phase 1

Le praticien place l'index de sa main droite au contact de la base gauche du sacrum, et le majeur de sa main droite au contact de la base droite de ce même sacrum : veiller à compenser les différences de longueur entre l'index et le majeur afin d'être au niveau des sulcus gauche et droit du sacrum.

Rappel : Les sulcus sont les « dépressions » que l'on trouve en dedans de la partie la plus postérieure de la crête iliaque au-dessus des EIPS ; ces dépressions sont en regard des bases, droite et gauche, du sacrum.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.37 Mise en place des paramètres, phase 2

Le praticien place sa main gauche sur sa main droite en positionnant ses doigts comme décrit aux figures 1.34 et 1.35, en positionnant d'abord l'éminence hypothénar de sa main gauche sur le majeur de sa main droite, puis l'éminence thénar de sa main gauche sur l'index de la main droite.



FIG. 1.38 Réalisation du test, 1^{er} temps

Appui sur l'AIL droit

Sur la figure ci-contre le praticien appuie sur l'AIL droit du sacrum avec la base de l'éminence hypothénar de sa main droite, et réceptionne l'information sur la base gauche du sacrum par l'intermédiaire de l'index de sa main droite placé au contact de l'éminence thénar de la main gauche.

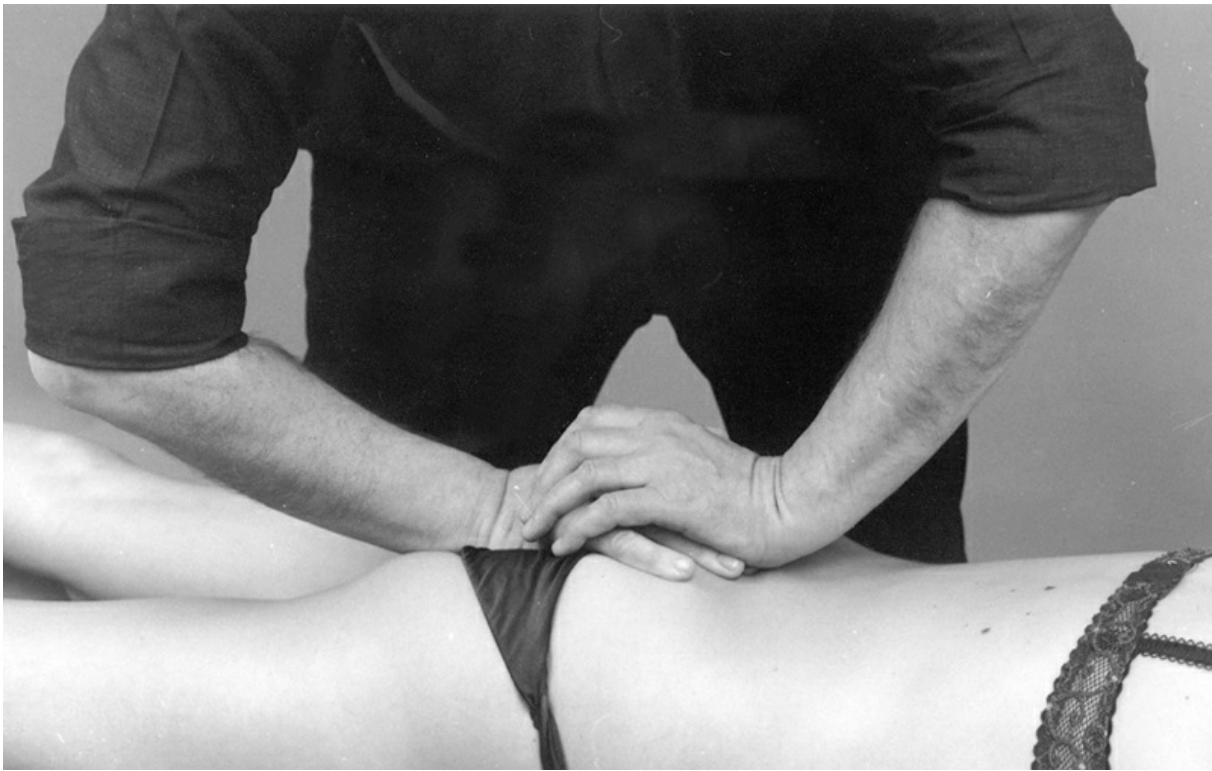


FIG. 1.39 Réalisation du test, 2^e temps

Appui sur l'AIL gauche

Le praticien appuie sur l'AIL gauche du sacrum avec la base de l'éminence thénar de sa main droite, et réceptionne l'information sur la base droite du sacrum par l'intermédiaire du majeur ou de l'annulaire de sa main droite placé au contact de l'éminence hypothénar de la main gauche.

Important

Noter la position du coude droit du praticien, fléchi d'environ 90°, et de son avant-bras droit, pratiquement parallèle au plan de la table. Noter également la position de son coude gauche, qui se relève avec un angle de flexion beaucoup plus ouvert : cette position particulière de l'avant-bras gauche du praticien, pratiquement perpendiculaire au plan de la table, permet à ce dernier de mieux percevoir l'information qui lui est transmise par la poussée de sa main droite.

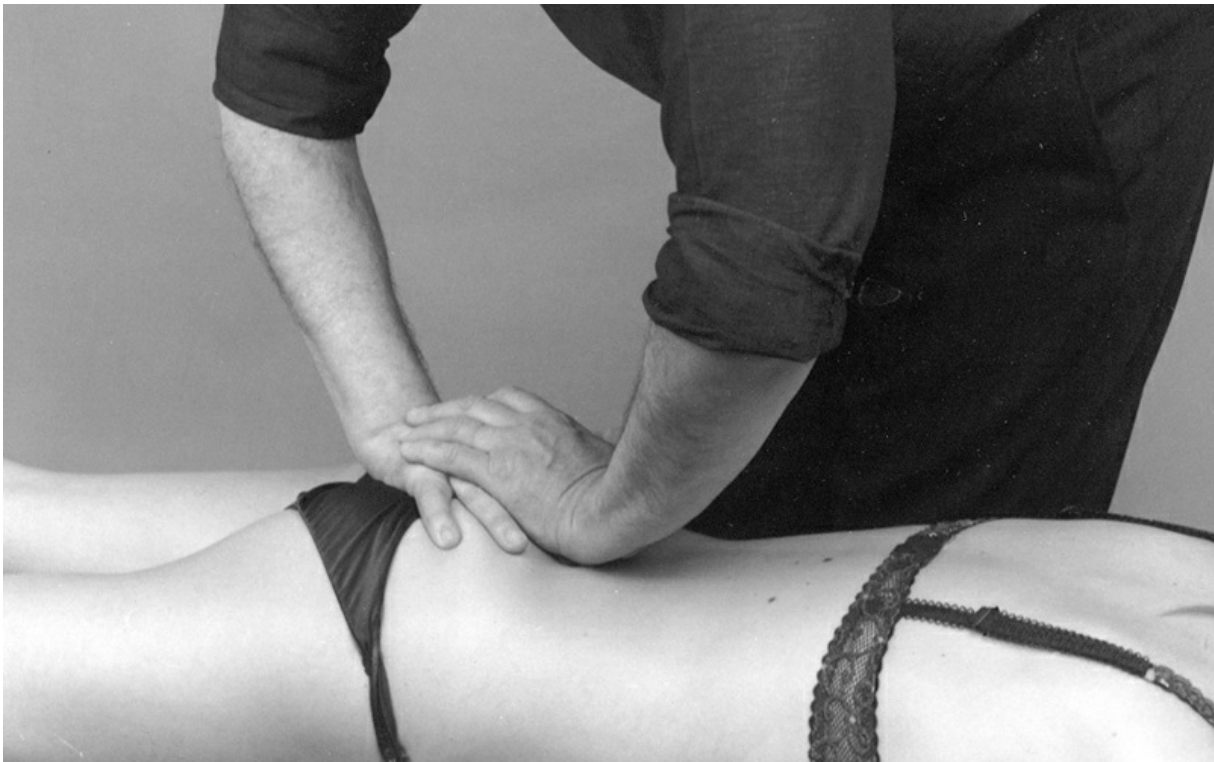


FIG. 1.40 Réalisation du test, 3^e temps

Le praticien appuie sur le majeur de sa main droite à l'aide de l'éminence hypothénar de sa main gauche.

Ce qu'il faut noter

- Percevoir ou non une certaine mobilité et l'apprécier sur les plans qualitatif et quantitatif. La base de l'éminence hypothénar de la main gauche du praticien en regard de la base droite du sacrum par l'intermédiaire du majeur ou de l'annulaire de sa main droite « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Percevoir également s'il y a ou non une certaine mobilité, partielle ou totale, qui se répercute au niveau de l'AIL gauche du sacrum du sujet. Pour capter de manière optimale cette éventuelle mobilité le praticien relève le coude droit comme le montre la figure ci-contre. La main placée sur l'AIL gauche du sacrum doit en effet mettre le moins de résistance possible : c'est la raison pour laquelle le coude est levé.

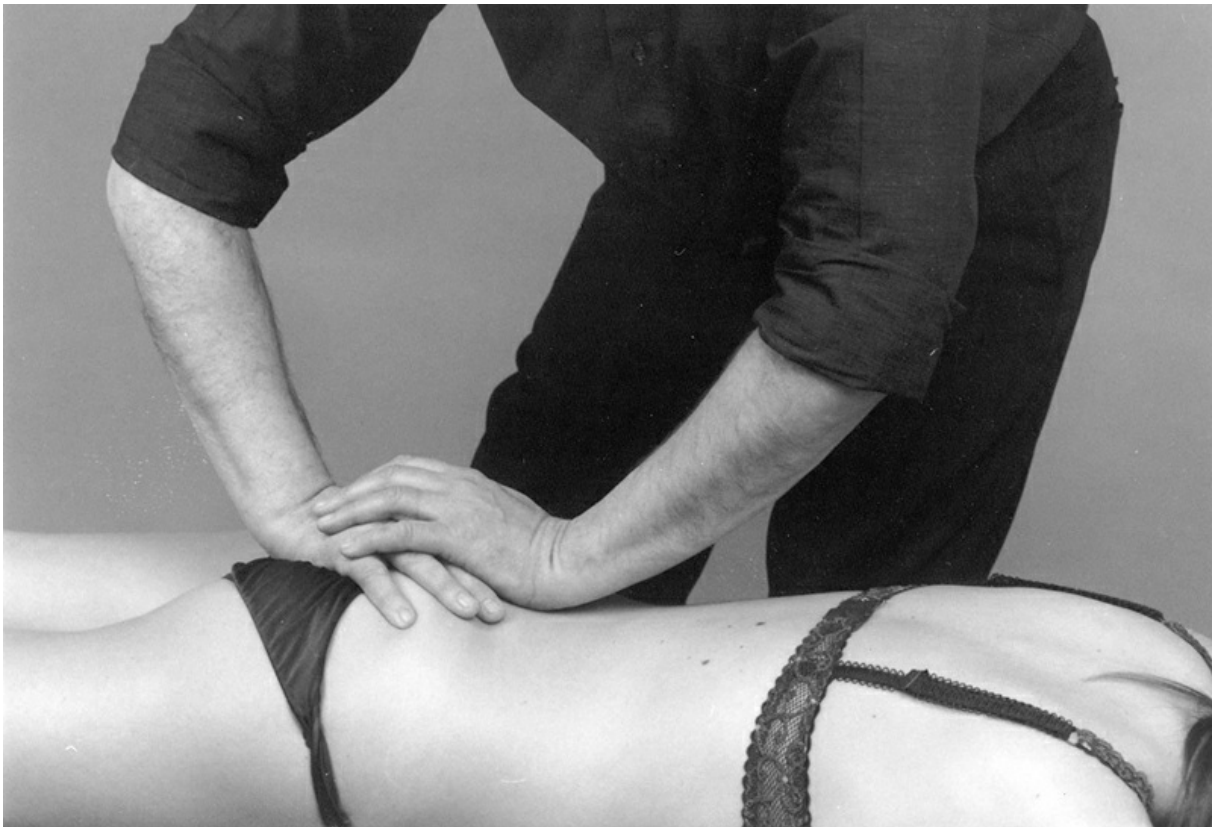


FIG. 1.41 Réalisation du test, 4^e temps

Le praticien appuie sur l'index de sa main droite à l'aide de l'éminence thénar de sa main gauche.

Ce qu'il faut noter

- Percevoir ou non une certaine mobilité et l'apprécier sur les plans qualitatif et quantitatif : la base de l'éminence thénar de la main gauche du praticien en regard de la base gauche du sacrum par l'intermédiaire de l'index de sa main droite « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Percevoir également s'il y a ou non une certaine mobilité, partielle ou totale, qui se répercute au niveau de l'AIL droit du sacrum du sujet. Pour capter de manière optimale cette éventuelle mobilité le praticien relève le coude droit comme le montre la figure ci-contre. La main placée sur l'AIL droit du sacrum doit en effet mettre le moins de résistance possible : c'est la raison pour laquelle le coude est levé.

Technique de test 3



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.42 Test de l'appui sur la base droite

Le praticien appuie sur la base droite du sacrum avec son pouce gauche et réceptionne l'information sur l'AIL gauche du sacrum à l'aide des doigts repliés de sa main droite.

Ce qu'il faut noter

- Le pouce gauche au contact de la base droite « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Y a-t-il ou non une répercussion, partielle ou totale, de cette poussée sur la base droite du sacrum au niveau de l'AIL gauche de ce même sacrum ?

Technique de test 4



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.43 Test de l'appui sur la base gauche

Le praticien appuie sur la base gauche du sacrum avec son pouce droit et réceptionne l'information sur l'AIL droit du sacrum à l'aide des doigts repliés de sa main gauche.

Ce qu'il faut noter

- Le pouce droit au contact de la base gauche « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Y a-t-il ou non une répercussion de cette poussée sur la base gauche du sacrum au niveau de l'AIL droit de ce même sacrum ?

Technique de test 5



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.44 Test de l'appui sur la base sacrée droite avec le pouce

Le praticien appuie sur la base droite du sacrum avec son pouce gauche et réceptionne l'information sur l'AIL homolatéral, c'est-à-dire l'AIL sacré droit.

Ce qu'il faut noter

- Le pouce gauche au contact de la base droite « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Y a-t-il ou n'y a-t-il pas une répercussion de cette poussée au niveau de l'AIL homolatéral, c'est-à-dire au niveau de l'AIL sacré droit ?

Technique de test 6



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.45 Test de l'appui sur la base sacrée gauche

Le praticien appuie sur la base gauche du sacrum avec son pouce droit et réceptionne l'information sur l'AIL homolatéral, c'est-à-dire l'AIL sacré gauche.

Ce qu'il faut noter

- Le pouce droit au contact de la base gauche « s'enfonce » ou ne s'enfonce pas, ou encore s'enfonce partiellement.
- Y a-t-il ou n'y a-t-il pas une répercussion de cette poussée au niveau de l'AIL homolatéral, c'est-à-dire au niveau de l'AIL sacré gauche ?

Important

Les techniques de test 3, 4, 5 et 6 s'adressent plus particulièrement aux enfants et aux patientes particulièrement laxes.

Analyse et conclusions

Voir les différentes dysfonctions du sacrum (voir chapitre « sacrum »)

Bascule unilatérale postérieure droite (BSUPD)

Une pression appliquée sur la base droite donne un appui qui ne s'enfonce pas lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifierait que la prédominance de la dysfonction siègerait bien au niveau de la base droite.

Bascule unilatérale antérieure droite (BSUAD)

Une pression appliquée sur l'AIL droit donne un appui qui ne s'enfonce pas lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifierait que la prédominance de la dysfonction siègerait bien au niveau de l'AIL droit.

Torsion sacrée postérieure gauche/droite (TSPGD)

Une pression appliquée sur la base gauche donne un appui qui ne s'enfonce pas lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifierait que la prédominance de la dysfonction siègerait bien au niveau de la base gauche.

Torsion sacrée postérieure droite/gauche (TSPDG)

Une pression appliquée sur la base droite donne un appui qui ne s'enfonce pas lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifierait que la prédominance de la dysfonction siègerait bien au niveau de la base droite.

Torsion sacrée antérieure gauche/gauche (TSAGG)

Une pression appliquée sur l'AIL gauche (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne :

- soit un appui qui ne « s'enfonce » pas (la résistance est directe et dure) : cela signifierait que la dysfonction prédomine sur l'AIL gauche ;
- soit un appui qui s'enfonce légèrement (mais la base droite ne remonte pas) : cela signifierait que la pression appliquée ne postérioriserait pas la base droite, ce qui impliquerait que la prédominance de la dysfonction siègerait bien au niveau de la base droite puisqu'elle ne serait pas mobilisable vers l'arrière.

Torsion sacrée antérieure droite/droite (TSADD)

Une pression appliquée sur l'AIL droit (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne :

- soit un appui qui ne « s'enfonce » pas (la résistance est directe et dure) : cela signifierait que la dysfonction prédominerait sur l'AIL droit ;
- soit un appui qui s'enfonce légèrement (mais la base gauche ne remonte pas) : cela signifierait que la pression appliquée ne postérioriserait pas la base gauche, ce qui implique que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base gauche, puisqu'elle ne serait pas mobilisable vers l'arrière lors de la poussée de la main du praticien.

Résumé

Les différents types de tests concernant le sacrum, analysés, comparés et corrélés entre eux permettraient de localiser une éventuelle restriction de mobilité siégeant au niveau des petits et grands bras des auricules sacrées des articulations sacro-iliaques (voir *Définition*) et d'en apprécier l'importance sur les plans qualitatif et quantitatif dans le cadre des différentes dysfonctions que l'on peut rencontrer au niveau du sacrum.

Test du rebond sur le processus épineux de L5 ou sur la partie basse du rachis lombal

Introduction

C'est un test qui se pratique lorsque l'on a une prédominance de restriction de mobilité portant sur le sacrum, dans le cadre de la dysfonction sacro-iliaque.

Définition

C'est un test qui est pratiqué pour vérifier si l'on a ou non une torsion sacrée postérieure droite/gauche ou gauche/droite, car L5 se met à l'inverse du sacrum. Cela signifierait que le rachis lombaire se mettrait en cyphose et donc L5 se rigidifierait : ce qui expliquerait l'absence de rebond lorsque l'on pratiquerait ce test au niveau de L5 ou sur la partie basse du rachis lombal.

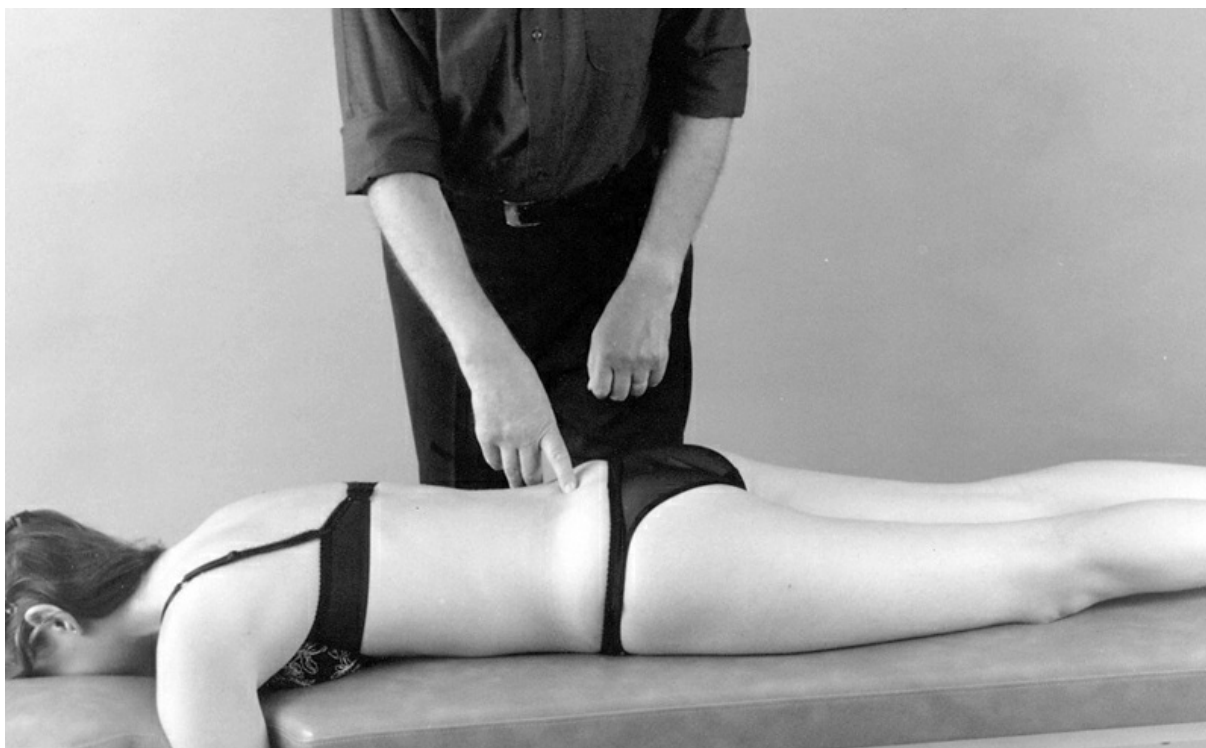


FIG. 1.46 Mise en place des paramètres, présentation

L'index du praticien désigne le processus épineux de L5 où se positionnera le talon de la main du praticien.



FIG. 1.47 Mise en place des paramètres, 1^{er} temps

Le talon de l'une des mains du praticien se positionne sur le processus épineux de L5.



FIG. 1.48 Mise en place des paramètres, 2^e temps

L'autre main du praticien enserre l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras de la main positionnée sur L5.



FIG. 1.49 Déroulement du test sur le plan technique

Le praticien appuie sur le processus épineux de L5, ou sur la partie basse du rachis lombal, et lâche brusquement son appui :

- lorsque tout est normal, le processus épineux de L5 ou la partie basse du rachis lombal, présente un certain rebond. Dans ce cas on dit que le test est négatif, car la réponse normale à un appui sur le processus épineux de L5 (ou sur la partie basse du rachis lombal) suivi d'un « lâcher » très vif est qu'il y ait un rebond (c'est donc le signe que tout va bien) ;
- quand il n'y a pas de rebond, le test est dit positif ce qui confirme la postériorité de la base.

Analyse et Conclusions

Deux cas de figures se présentent :

- quand la base du sacrum est antérieure, L5 se met toujours à l'inverse du sacrum : le sacrum étant en flexion, le rachis lombaire se met en lordose ; de ce fait le rachis lombaire étant très mobile, le test du rebond est négatif ;
- quand la base du sacrum est postérieure, L5 se met toujours à l'inverse du sacrum : le sacrum étant en extension, le rachis lombaire se met en cyphose, de ce fait, le rachis lombaire étant peu mobile, le test du rebond est positif.

Ce type de test est positif dans le cadre d'une :

- torsion sacrée postérieure gauche/droite (TSPGD), la base étant postérieure dans ce type de dysfonction ;
- torsion sacrée postérieure droite/gauche (TSPDG), la base étant postérieure dans ce type de dysfonction ;
- bascule sacrée unilatérale postérieure droite (BSUPD), la base étant postérieure dans ce type de dysfonction.

Ce type de test est négatif dans le cadre d'une :

- torsion sacrée antérieure gauche/gauche (TSAGG), la base étant antérieure dans ce type de dysfonction ;
- torsion sacrée antérieure droite/droite (TSADD) ;
- bascule sacrée unilatérale antérieure droite (BSUAD), la base étant antérieure dans ce type de dysfonction.

Test de mobilité portant sur L5 pouvant mettre en évidence la postériorité du processus transverse de cette vertèbre

Introduction

Lorsque les éventuelles dysfonctions sacrées et iliaques ont été levées et qu'il subsiste une restriction de mobilité, il faut pratiquer un test de mobilité sur L5.

Définition

C'est un test qui permet d'évaluer le degré de mobilité en rotation de la cinquième vertèbre lombale (lombaire) en rotation gauche ou droite dans un mouvement de latéroflexion droite ou gauche.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.50 Test de la mobilité de L5 en rotation droite

Le sujet est assis au bord de la table, le rachis placé en position neutre et en légère lordose lombaire. Le praticien est assis derrière lui. La main gauche du praticien se place au niveau de la crête iliaque gauche du sujet, le pouce venant au contact du processus transverse gauche de L5. La main droite du praticien se place sur l'épaule gauche du sujet et guide le mouvement de légère latéroflexion gauche demandé au sujet.

Analyse et conclusion

Dans le mouvement de latéroflexion gauche « activo-passif » demandé au sujet, la vertèbre L5 a tendance à faire une rotation vers la droite et par conséquent le processus transverse de L5 avance. Si le praticien a la sensation que le processus transverse reste « bloqué » et n'avance pas, par comparaison avec l'autre côté (voir [fig. 1.51](#)), c'est que le processus transverse gauche est en postériorité.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.51 Test de la mobilité de L5 en rotation gauche

Le sujet est assis au bord de la table, le rachis placé en position neutre et en légère lordose lombaire. Le praticien est assis derrière lui. La main droite du praticien se place au niveau de la crête iliaque droite du sujet, le pouce venant au contact du processus transverse droit de L5. La main gauche du praticien se place sur l'épaule droite du sujet et guide le mouvement de légère latéroflexion droite demandé au sujet.

Analyse et conclusion

Dans le mouvement de latéroflexion droite « activo-passif » demandé au sujet, la vertèbre L5 a tendance à faire une rotation vers la gauche et par conséquent le processus transverse de L5 avance. Si le praticien a la sensation que le processus transverse reste « bloqué » et n'avance pas, par comparaison avec l'autre côté (voir [fig. 1.50](#)) c'est que le processus transverse droit est en « postériorité ».

Le test de Downing

Introduction

Le Downing, tel qu'il est utilisé dans cet ouvrage, est un test de confirmation, via le raccourcissement ou le rallongement du membre inférieur, de la dysfonction iliaque en antériorité ou en postériorité.

Définition

C'est un test qui viserait à allonger ou à raccourcir le membre inférieur du côté de la restriction de mobilité iliaque (ilium antérieur ou postérieur). Cet allongement ou ce raccourcissement est mesuré et comparé avec le côté opposé.

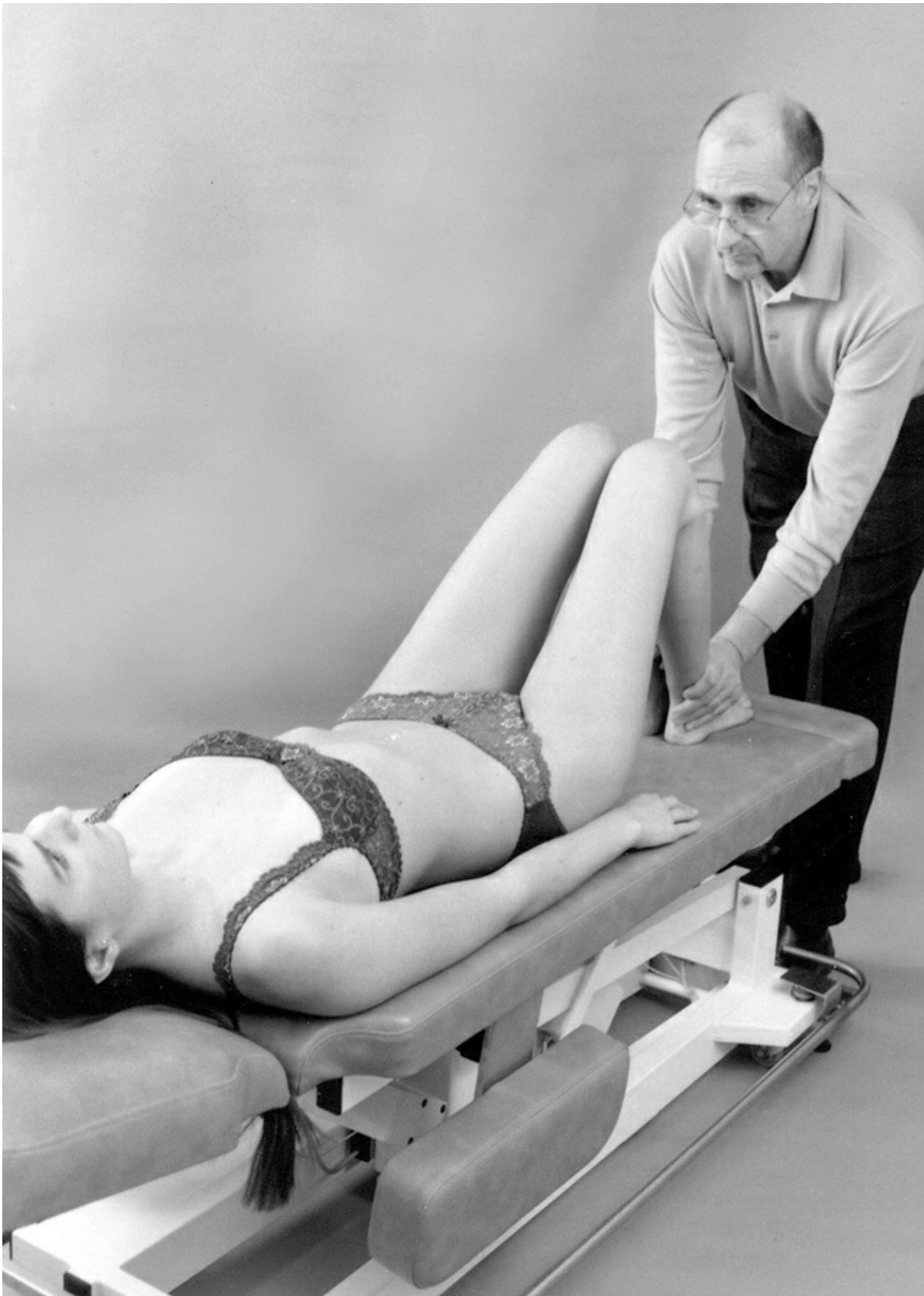


FIG. 1.52 Positionnement du sujet et du praticien, 1^{er} temps

Le sujet est en décubitus dorsal, les genoux sont repliés comme représenté

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

sur la figure ci-contre. Le praticien, placé en bout de table, maintient les chevilles du sujet.

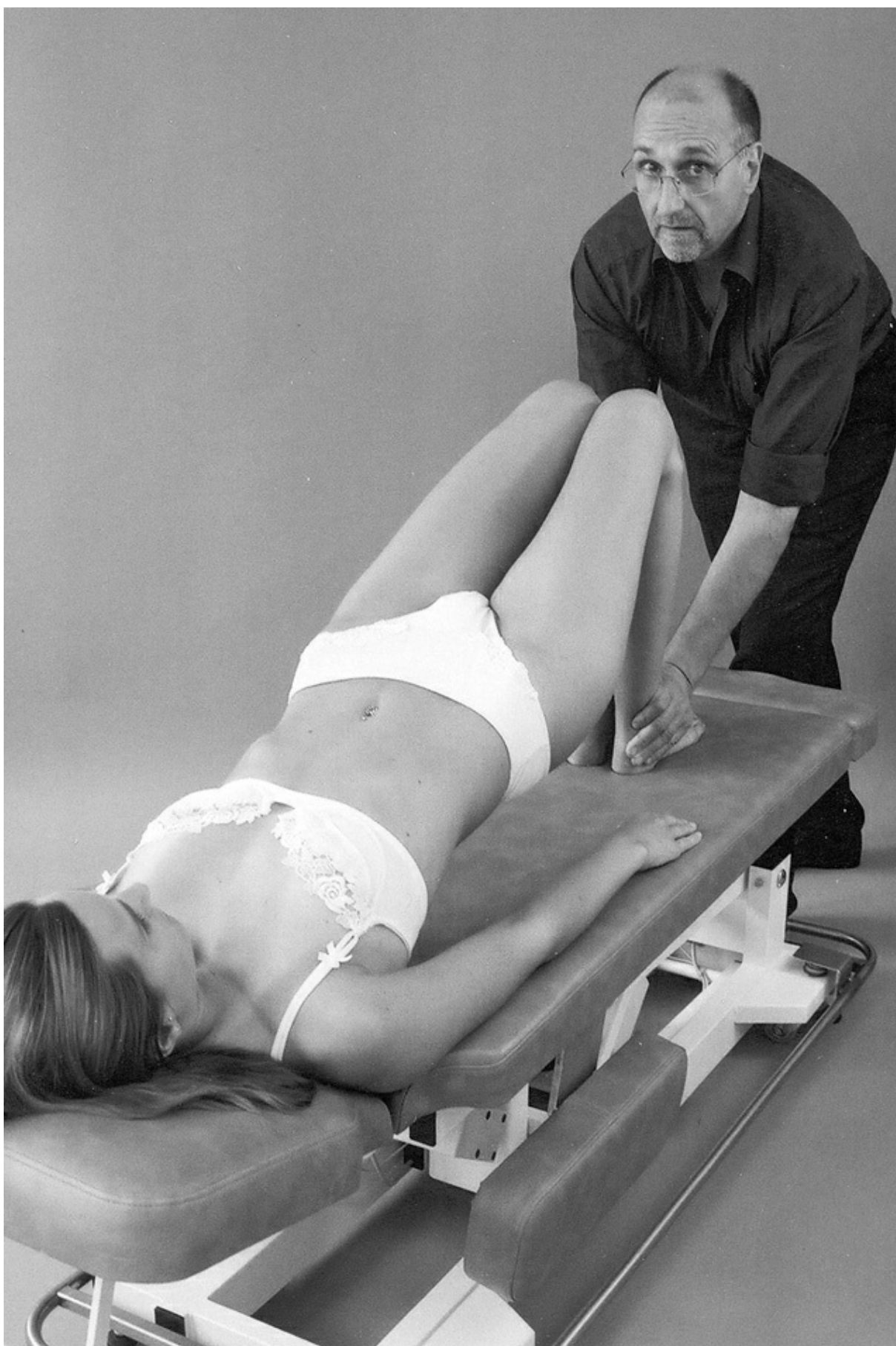


FIG. 1.53 Positionnement du sujet et du praticien, 2^e temps

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Le praticien demande au sujet de décoller les fesses du plan de la table.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.54 Positionnement du sujet et du praticien, 3^e temps

Le praticien demande au sujet de reposer les fesses sur le plan de la table.

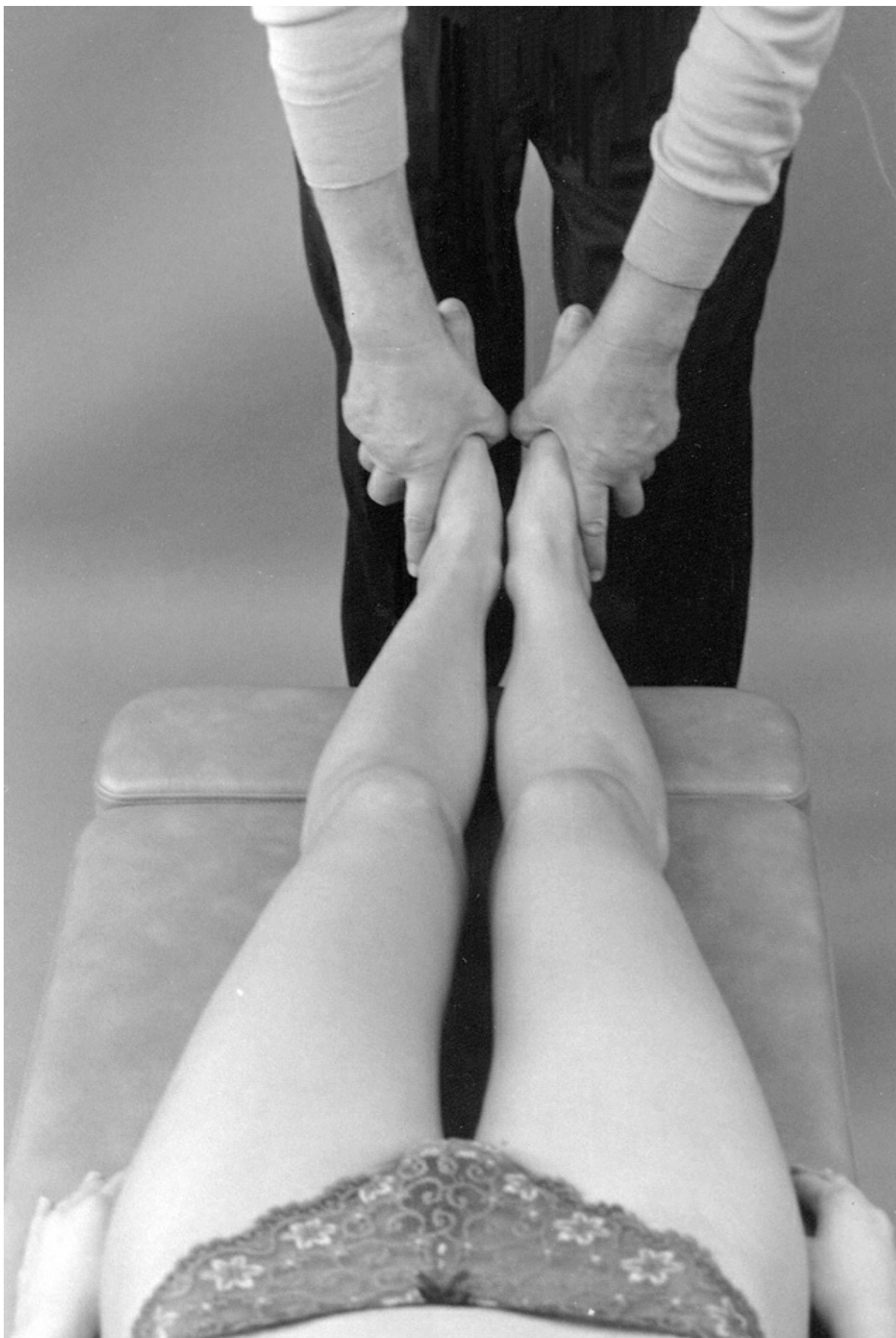


FIG. 1.55 Repérage d'une éventuelle inégalité des membres inférieurs,

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

1er temps

Le praticien allonge les membres inférieurs du sujet et vérifie leur égalité ou leur inégalité de longueur.

Dans le cas d'une inégalité de longueur des membres inférieurs, le praticien doit bien évidemment en tenir compte lorsqu'il analyse les données du test de Downing.

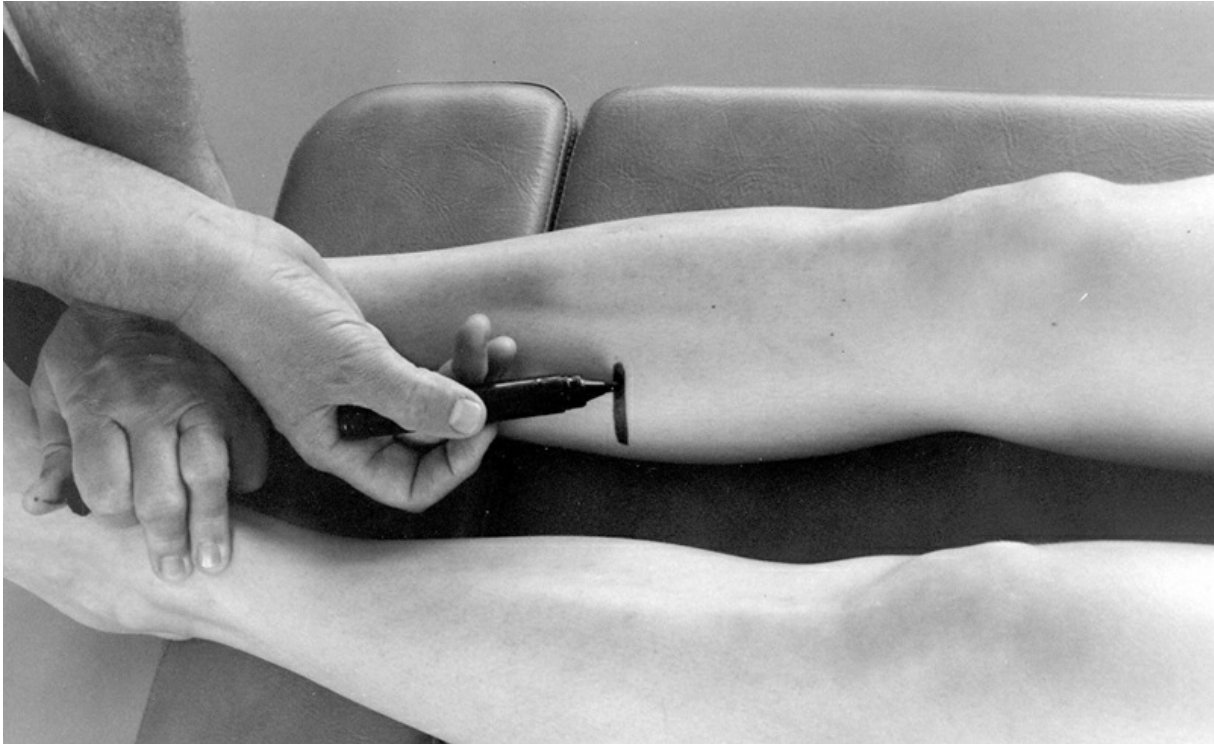


FIG. 1.56 Repérage d'une éventuelle inégalité des membres inférieurs,
2^e temps

Le praticien place un repère à l'aide d'un marqueur sur le mollet droit du sujet, ce qui permettra d'apprécier l'allongement ou le raccourcissement du membre inférieur droit (par exemple).

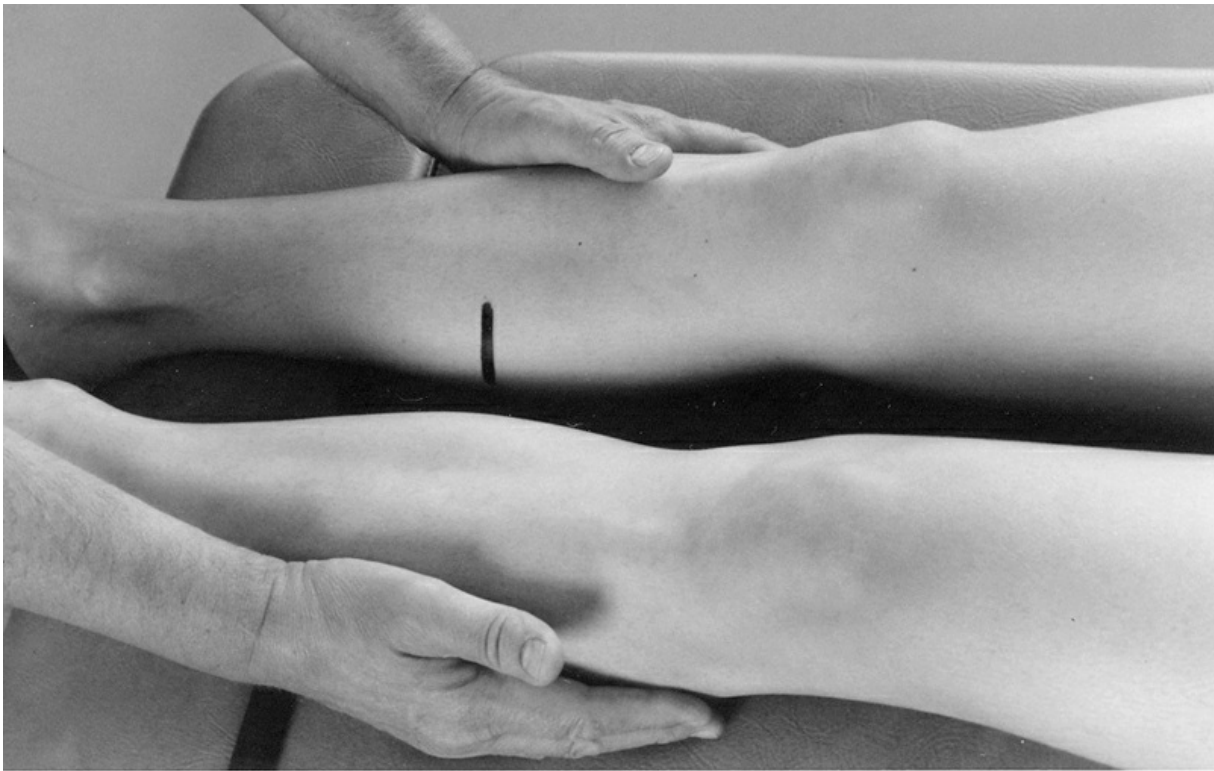


FIG. 1.57 Repérage d'une éventuelle inégalité des membres inférieurs,
3^e temps

Le praticien s'empare des deux jambes du sujet, et les plaque l'une contre l'autre afin de marquer la jambe gauche au même niveau que la jambe droite.

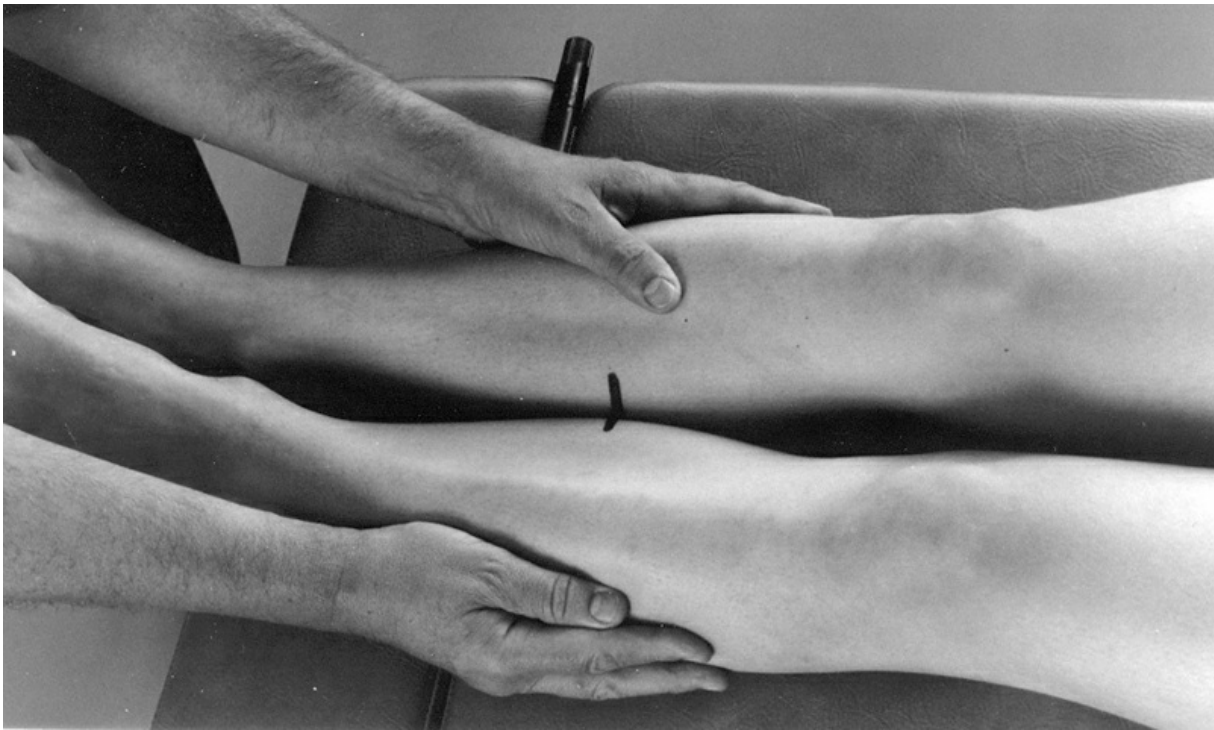


FIG. 1.58 Repérage d'une éventuelle inégalité des membres inférieurs,
4^e temps

Sur la figure ci-contre noter le « marquage » de la jambe gauche par la jambe droite, qui permet de vérifier l'égalité de longueur des deux membres inférieurs.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.59 Repérage d'une éventuelle inégalité des membres inférieurs
Variante

Le praticien peut également s'assurer d'une différence de longueur des membres inférieurs du sujet en plaquant les malléoles l'une contre l'autre ou bien en plaçant ses pouces au-dessous de ces dernières, lorsque les malléoles sont peu saillantes.



FIG. 1.60 Allongement du membre inférieur, 1^{er} temps

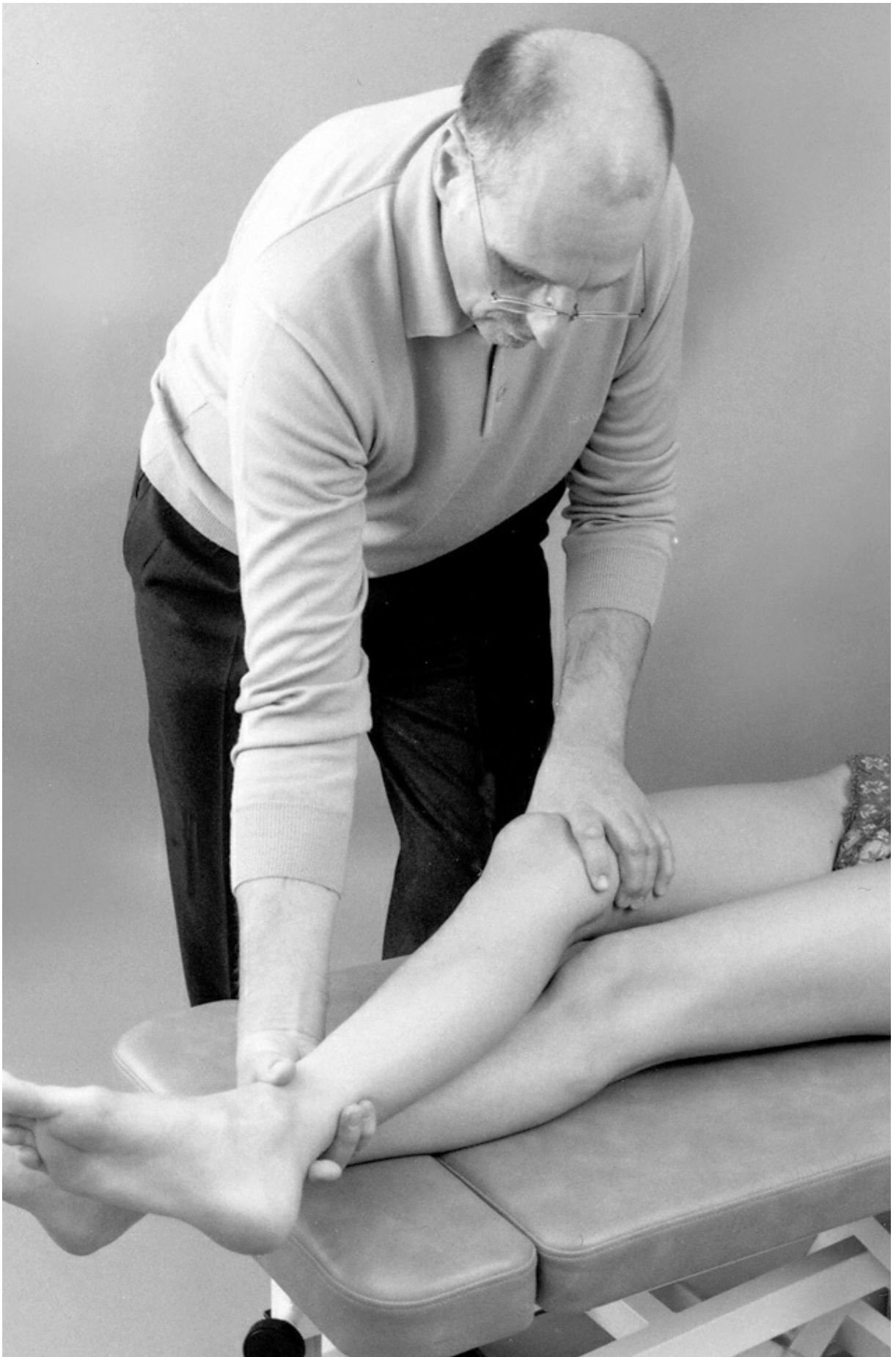
Le praticien obtient cet allongement en effectuant une légère flexion, une adduction et une rotation latérale de la hanche.

Important

Noter sur la figure ci-contre le positionnement de la main gauche du praticien : cette main majore la rotation latérale de hanche. Le pouce de la main gauche maintient l'adduction, et la main gauche posée à plat permet d'augmenter la rotation latérale de hanche. C'est la main droite qui place la rotation latérale de hanche et qui la maintient. Il faut maintenir la hanche du sujet dans cette position environ dix secondes.

Important

En ce qui concerne le déroulement du test, il n'y a absolument pas de contraction musculaire de la part du sujet : c'est un test qui est entièrement passif.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.61 Allongement du membre inférieur, 2^e temps

Lorsque le praticien ramène le membre inférieur dans sa position neutre il le laisse glisser le long de la jambe controlatérale avant de le poser sur la table.

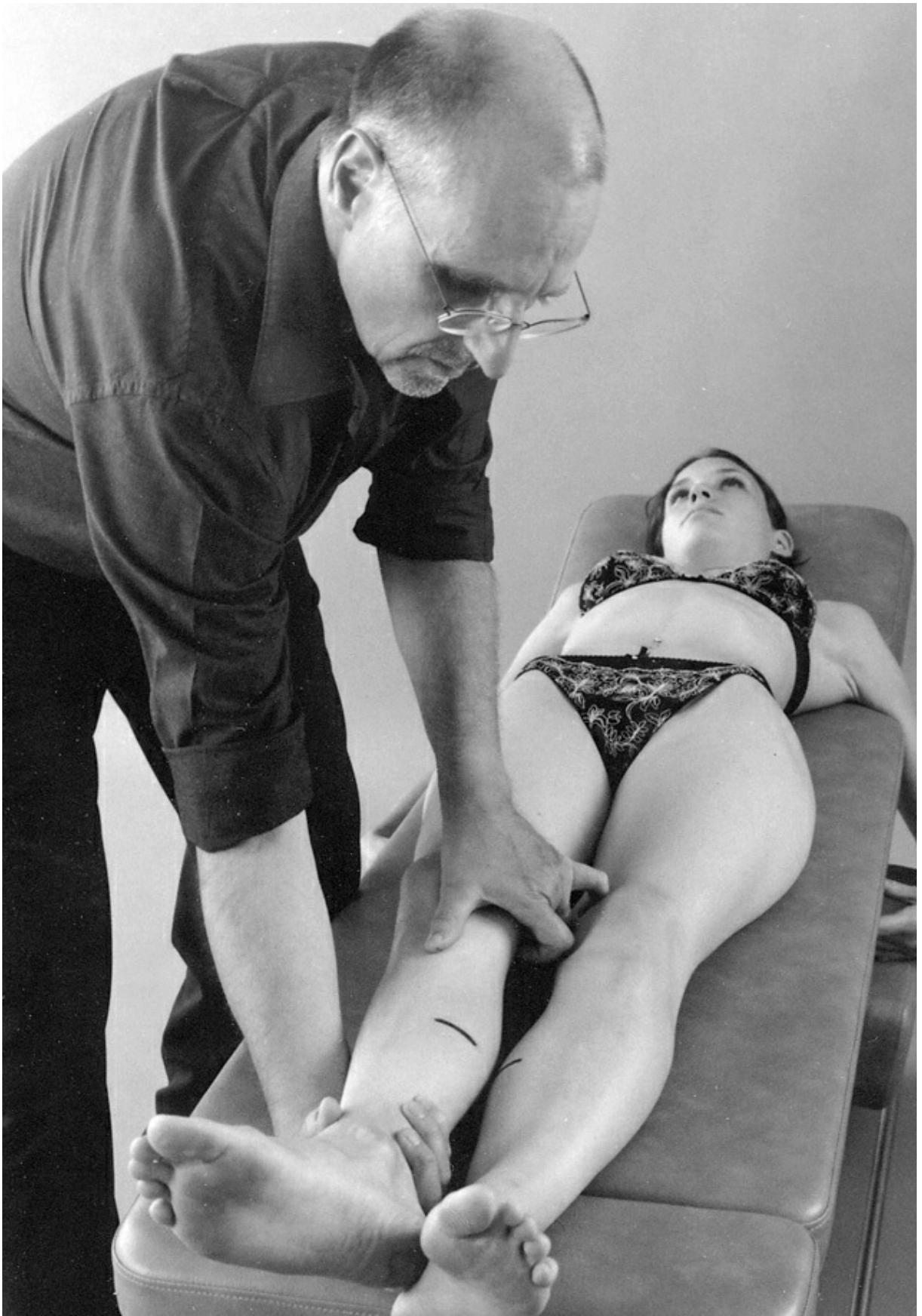


FIG. 1.62 Allongement du membre inférieur, 3^e temps

Le praticien pose le membre inférieur sur la table.

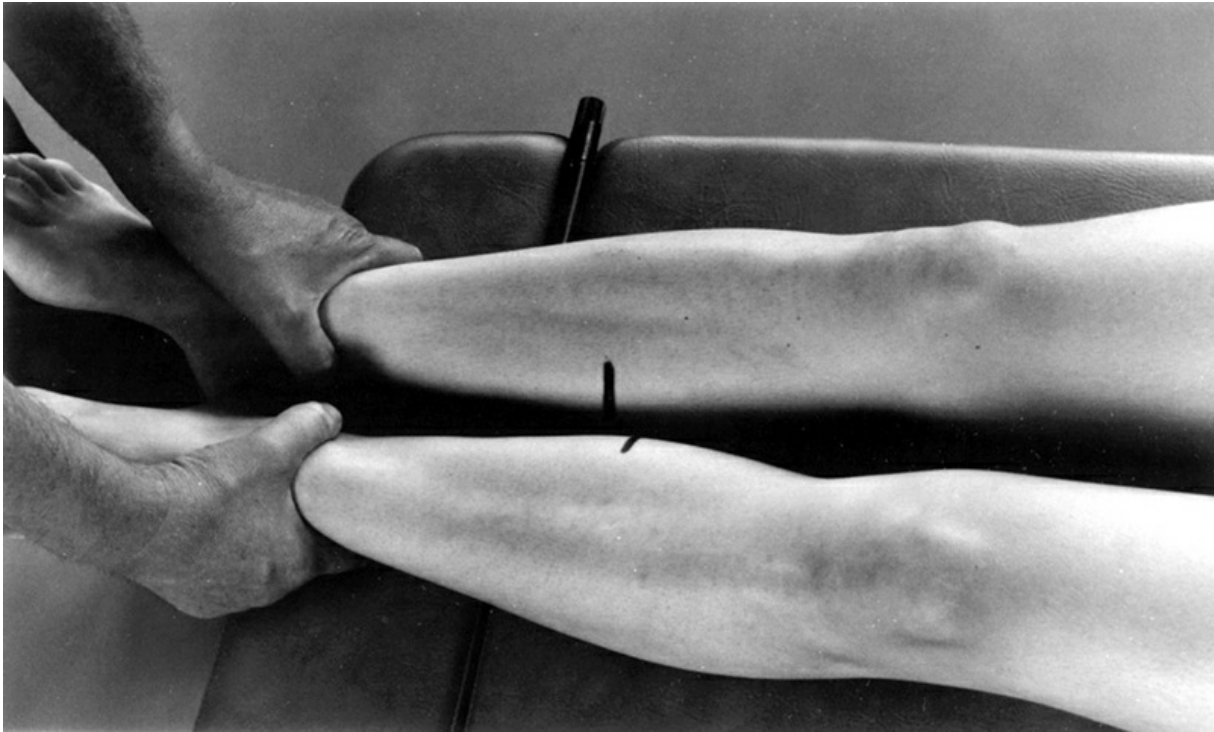


FIG. 1.63 Allongement du membre inférieur, 4^e temps

Le praticien note la différence de niveau entre les deux marques précédemment placées sur les jambes du sujet (voir [fig. 1.58](#)). Le trait le plus bas situé sur le membre inférieur droit signe l'allongement de ce dernier.



FIG. 1.64 Mouvement dit « de remise à zéro »

Le praticien s'empare du membre inférieur droit du sujet qui a été allongé et le porte en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville –, afin de remettre les deux membres inférieurs du sujet au même niveau.

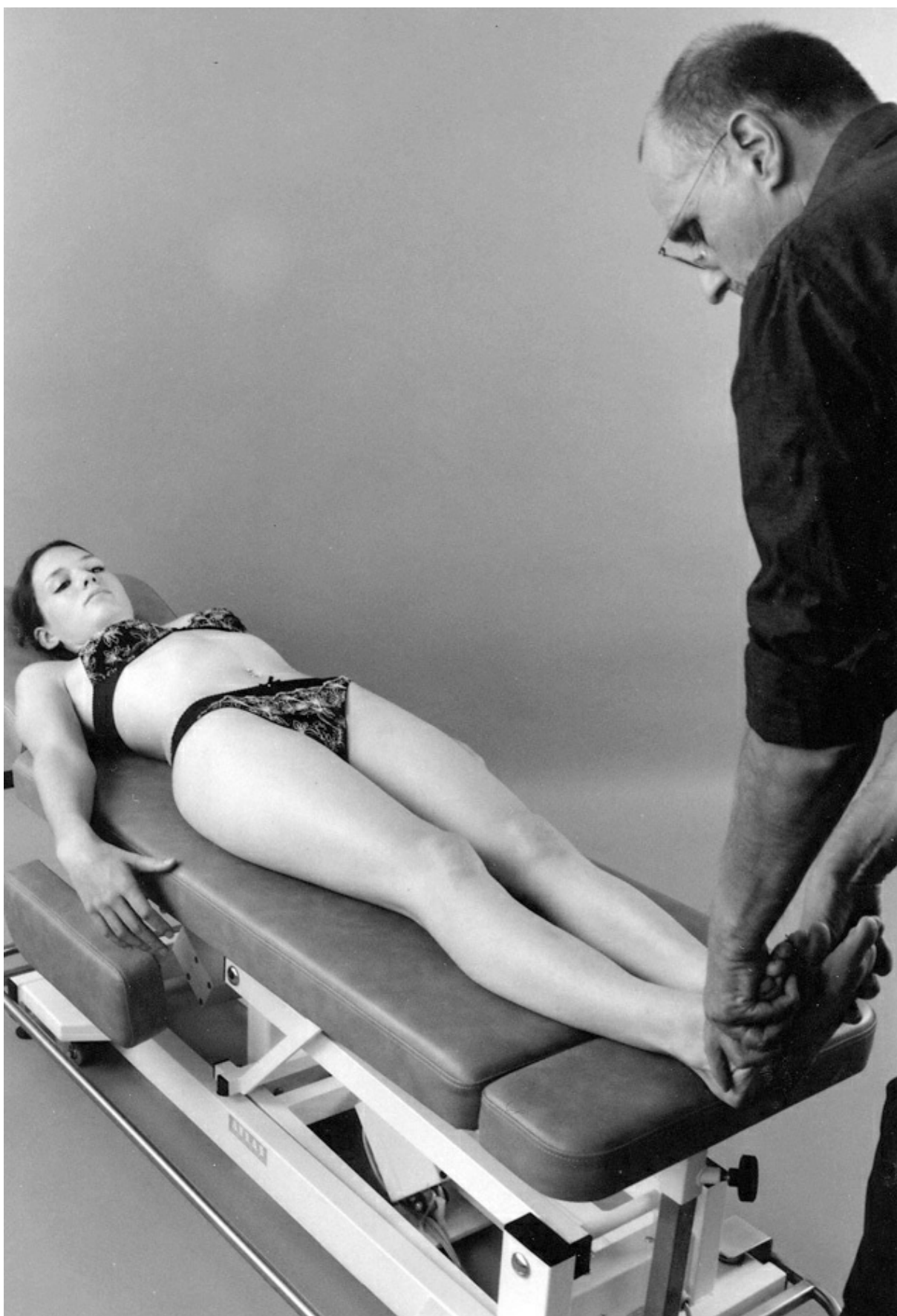


FIG. 1.65 Vérification de la « remise à zéro »

Le praticien ramène le membre inférieur droit qu'il vient de fléchir en extension, et s'assure de l'égalité des deux membres inférieurs. (Sur la figure ci-contre : en mettant les malléoles médiales au contact.)

Remarque : On peut faire cette vérification en plaçant les pouces au-dessous des malléoles du sujet ou bien en procédant de la même manière que cela est décrit à la [figure 1.58](#).

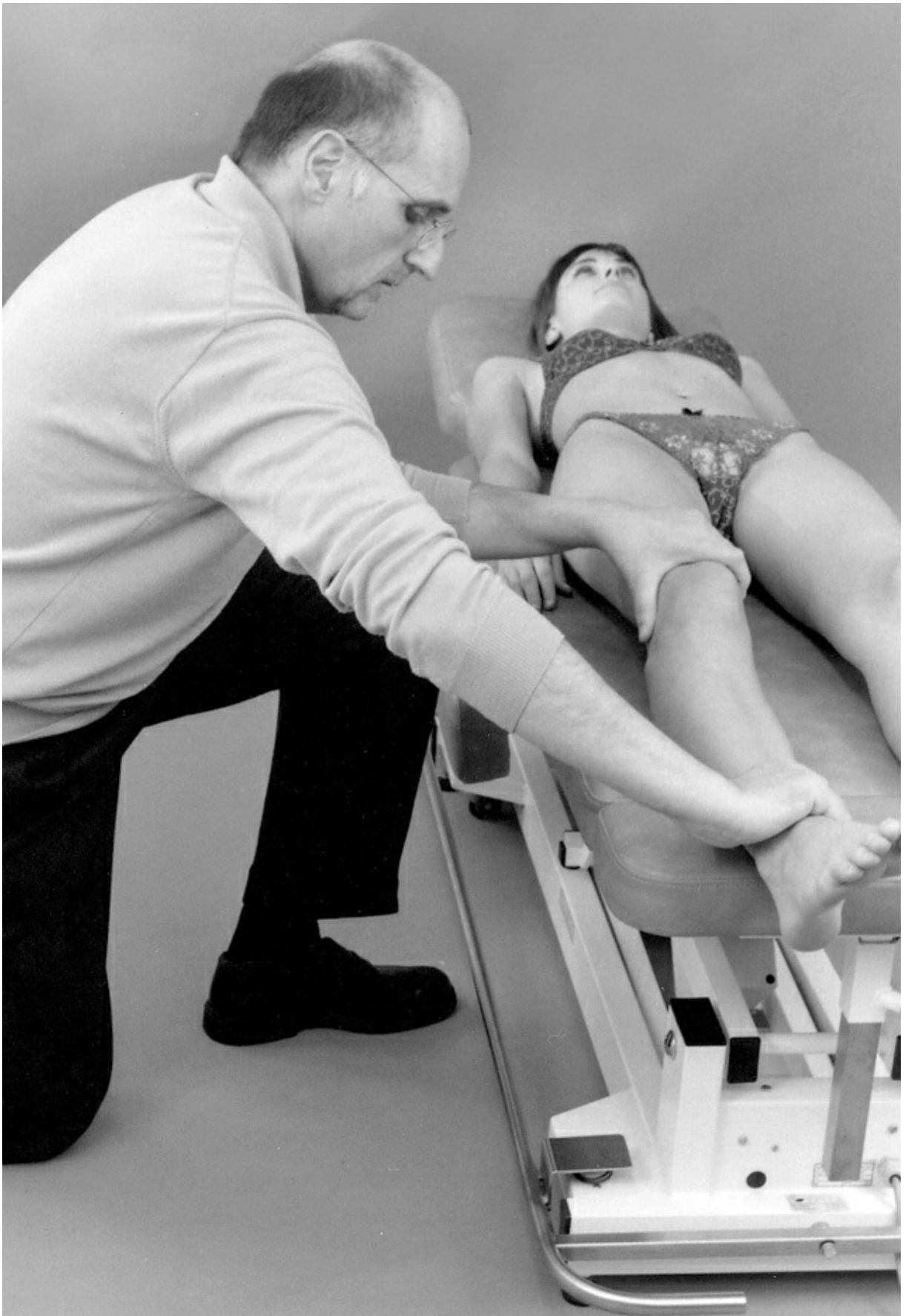


FIG. 1.66 Raccourcissement du membre inférieur, 1^{er} temps

Le sujet est en décubitus dorsal, le praticien est placé au bord de la table dans la position du « chevalier servant ».

Sa main gauche est placée au-dessus du genou du sujet ; sa main droite est placée au-dessus de la cheville droite sur le segment jambier.

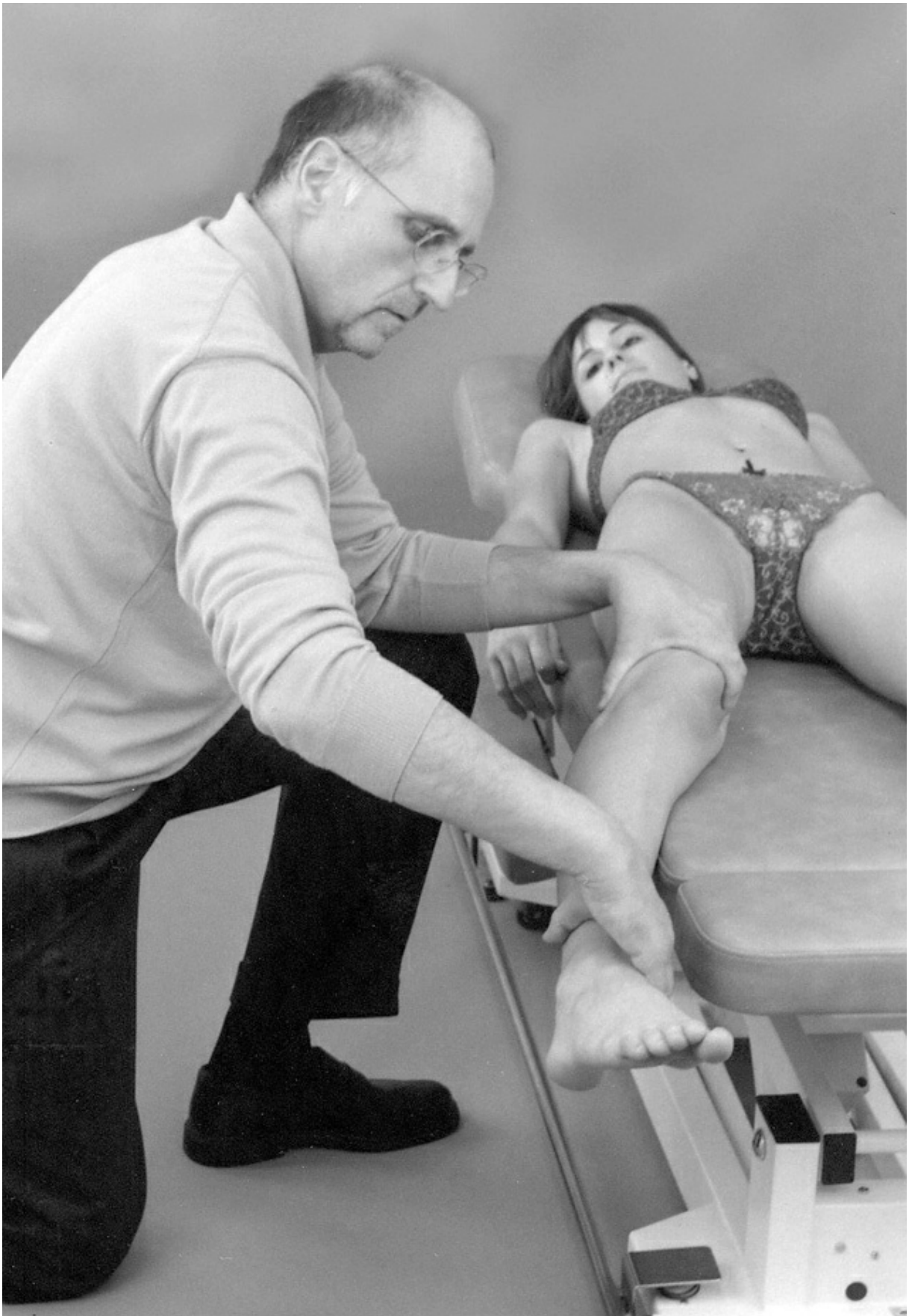


FIG. 1.67 Raccourcissement du membre inférieur, 2^e temps

Le praticien obtiendra ce raccourcissement en effectuant sur la hanche droite du sujet une légère extension associée à une abduction elle-même couplée à une rotation médiale. Il faut faire attention de ne pas soulever le membre inférieur de la table pour ne pas le mettre en flexion. En ce qui concerne l'abduction il faut faire glisser le membre inférieur sur le plan de la table afin d'amener la fosse poplitée au bord de la table. Dans la dernière partie de ce triple mouvement le praticien amène une légère rotation médiale accompagnée d'une légère extension due au poids du membre inférieur du sujet.

Pour une technique optimale

La main gauche du praticien tire vers l'abduction et accentue la rotation médiale du fémur du sujet dont l'impulsion est donnée par la main droite. Tenir la position dix secondes.

Important

En ce qui concerne le déroulement du test, il n'y a absolument pas de contraction musculaire de la part du sujet : c'est un test qui est entièrement passif.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 1.68 Raccourcissement du membre inférieur, 3^e temps

Ce qui importe dans ce retour c'est de maintenir le fémur du sujet sur la table, lorsque la jambe pend en dehors de la table.



FIG. 1.69 Raccourcissement du membre inférieur, 4^e temps

Le praticien assure ce maintien du fémur en rotation médiale pendant qu'il ramène la jambe du sujet sur la table.

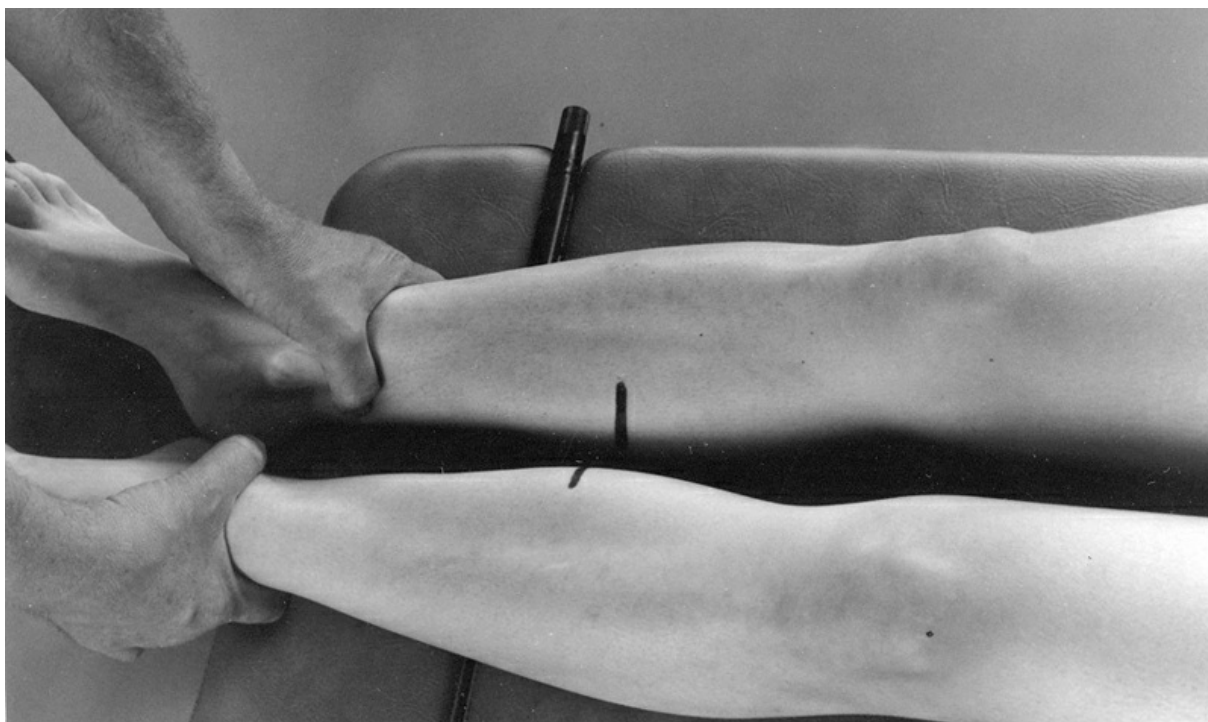


FIG. 1.70 Raccourcissement du membre inférieur, 5^e temps

Le praticien note la différence de niveau entre les deux marques précédemment placées sur les jambes du sujet. Le trait le plus haut situé sur le membre inférieur droit signe le raccourcissement de ce dernier.

Remarque : La longueur des membres inférieurs peut également être vérifiée comme cela a été décrit [figure 1.58](#).



FIG. 1.71 Mouvement « dit » de « remise à zéro » des membres inférieurs

Le praticien s'empare du membre inférieur droit du sujet qui a été raccourci et le porte en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville –, afin de remettre les deux membres inférieurs du sujet au même niveau.

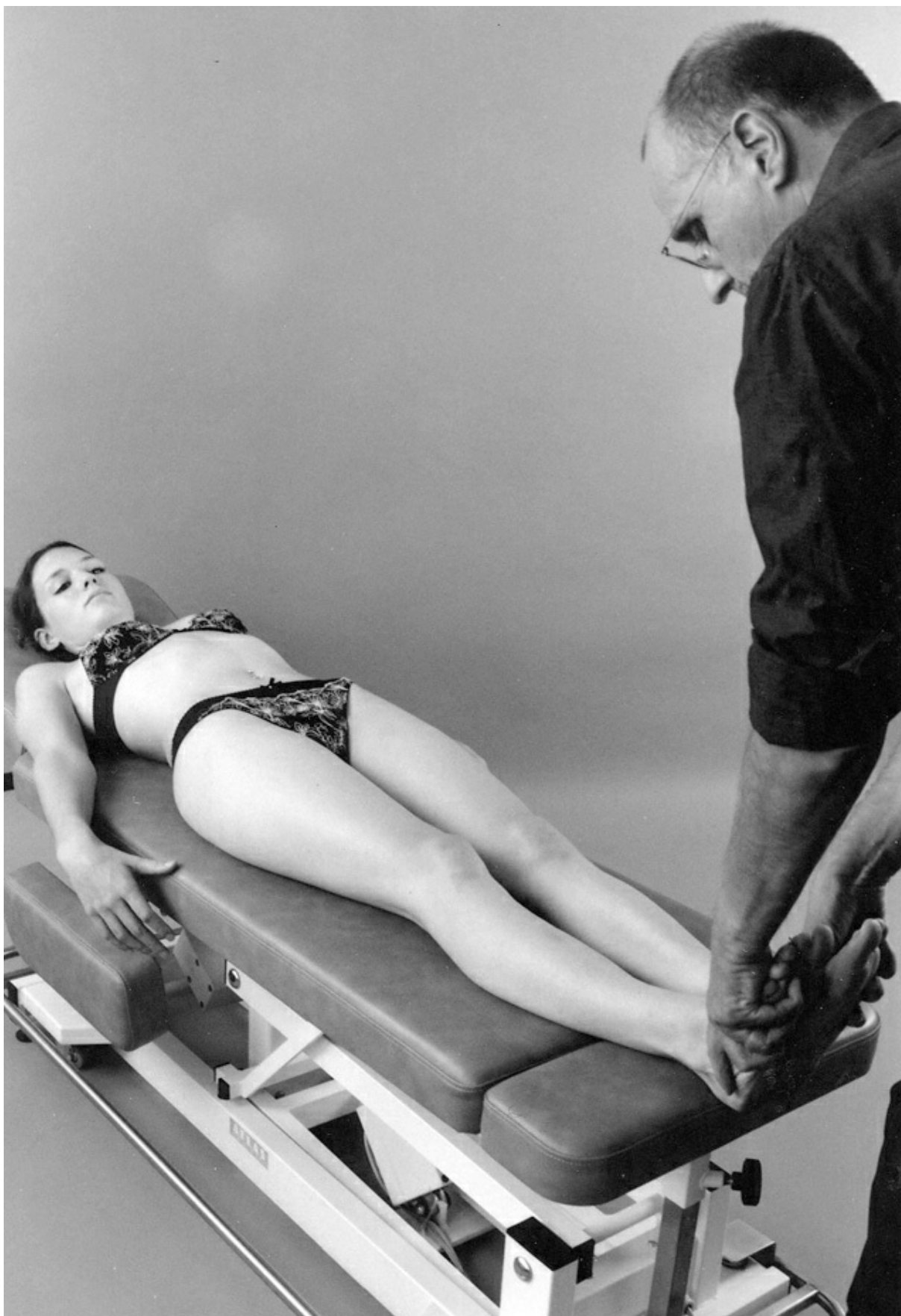


FIG. 1.72 Vérification de la « remise à zéro » des membres inférieurs

Le praticien ramène le membre inférieur droit qu'il vient de fléchir en extension s'assure de l'égalité des deux membres inférieurs. (Sur la figure ci-contre : en mettant les malléoles médiales au contact).

Remarque : On peut faire cette vérification en plaçant les pouces au-dessous des malléoles du sujet ou bien en procédant de la même manière que sur la [figure 1.58](#).

Analyse et conclusion

Ilium antérieur

L'ilium antérieur donnerait un membre inférieur relativement plus long par comparaison avec le membre inférieur controlatéral. Le test de Downing confirmerait que l'on pourrait le rallonger encore plus mais que l'on ne pourrait pas le raccourcir.

Ilium postérieur

L'ilium postérieur donnerait un membre inférieur relativement plus court par comparaison avec le membre inférieur controlatéral. Le test de Downing confirmerait que l'on pourrait le raccourcir encore plus mais que l'on ne pourrait pas le rallonger.

Le lumbaroll

Positionnement du sujet en lumbaroll

Il existe deux manières de placer le sujet en lumbaroll.

- *Première méthode* : le praticien fait tout lui-même. Il faut d'abord mettre en place le levier inférieur (à partir d'un sujet couché en décubitus) et dans un deuxième temps, mettre en place le levier supérieur.
- *Deuxième méthode* : on demande au sujet de s'asseoir et de se mettre sur le côté, le praticien se chargeant alors de mettre en place les différents paramètres. Il faut d'abord mettre en place le levier supérieur et dans un deuxième temps, mettre en place le levier inférieur.

Remarque générale : Cette mise en position du sujet peut être utilisée pour un grand nombre de techniques s'adressant à la charnière thoracolombaire et lombosacrée, au rachis lombal, à l'ilium et au sacrum.

Première methode

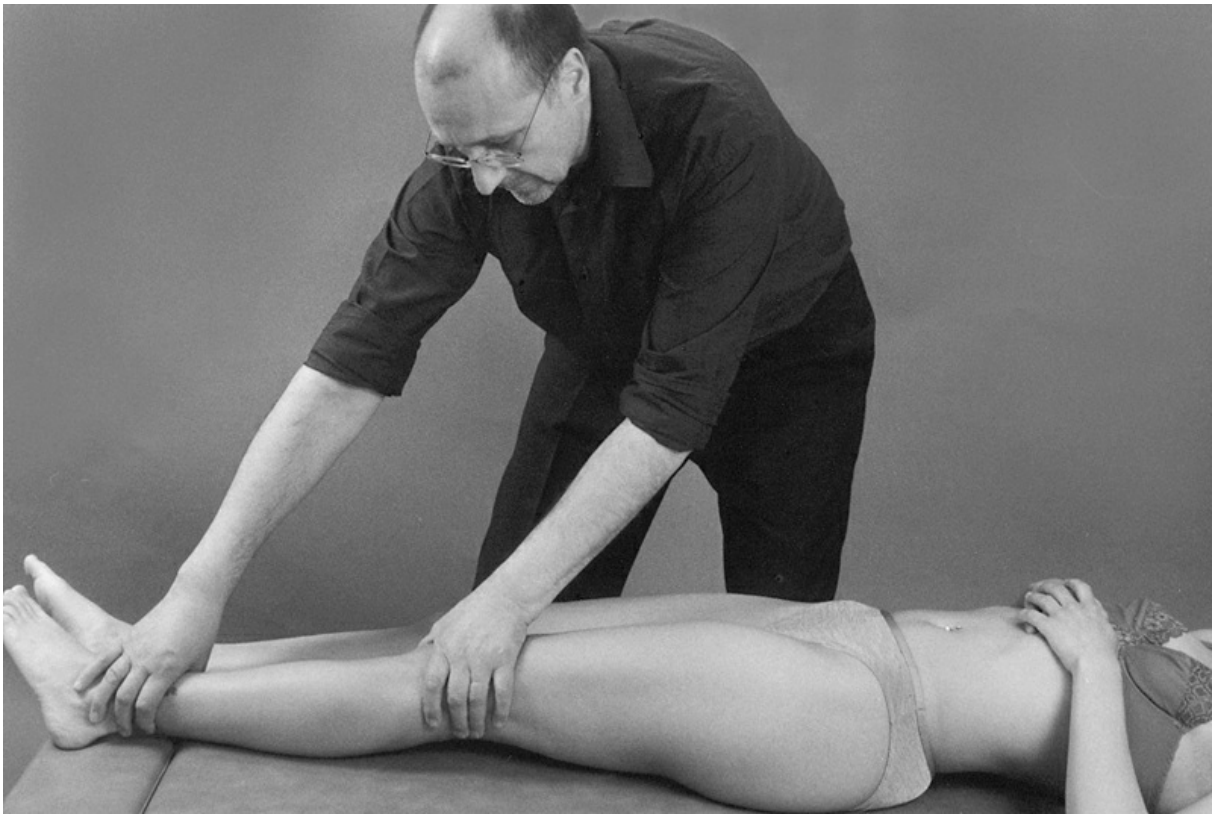


FIG. 2.1 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 1^{er} temps

Le sujet est en décubitus, le praticien se place à la hauteur du grand trochanter et se saisit du membre inférieur controlatéral, après avoir réalisé une fente avant-droite le long de la table d'examen (le membre inférieur gauche du praticien n'ayant pas bougé de sa position initiale). La main gauche se glisse au sein de la fosse poplitée pendant que la main droite s'empare de la cheville.

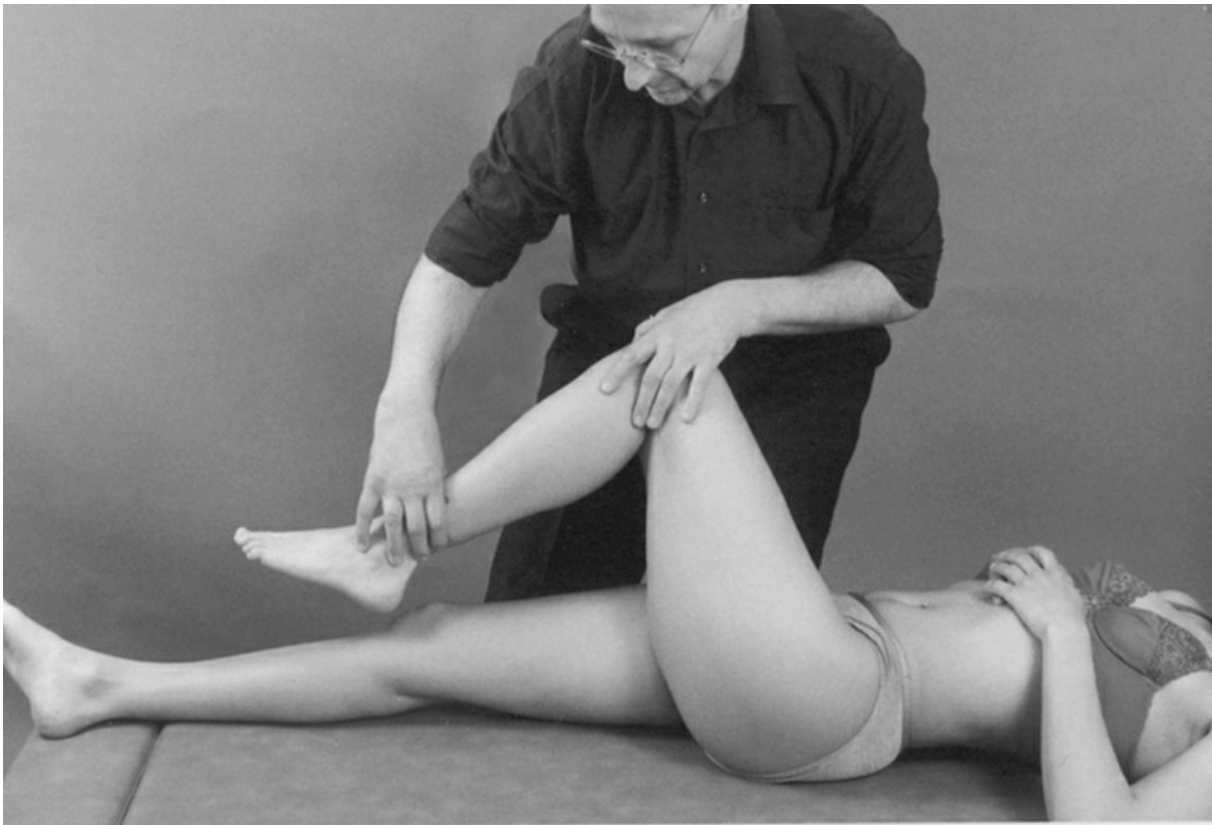


FIG. 2.2 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 2^e temps

Le praticien, lorsqu'il est amené à soulever le membre inférieur du sujet, doit veiller à appuyer ses deux cuisses contre le bord de la table d'examen, ceci afin de protéger son dos.



FIG. 2.3 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 3^e temps

Le praticien amène le membre inférieur du sujet en triple flexion à l'aide d'une translation du poids de son corps de son pied droit sur son pied gauche.

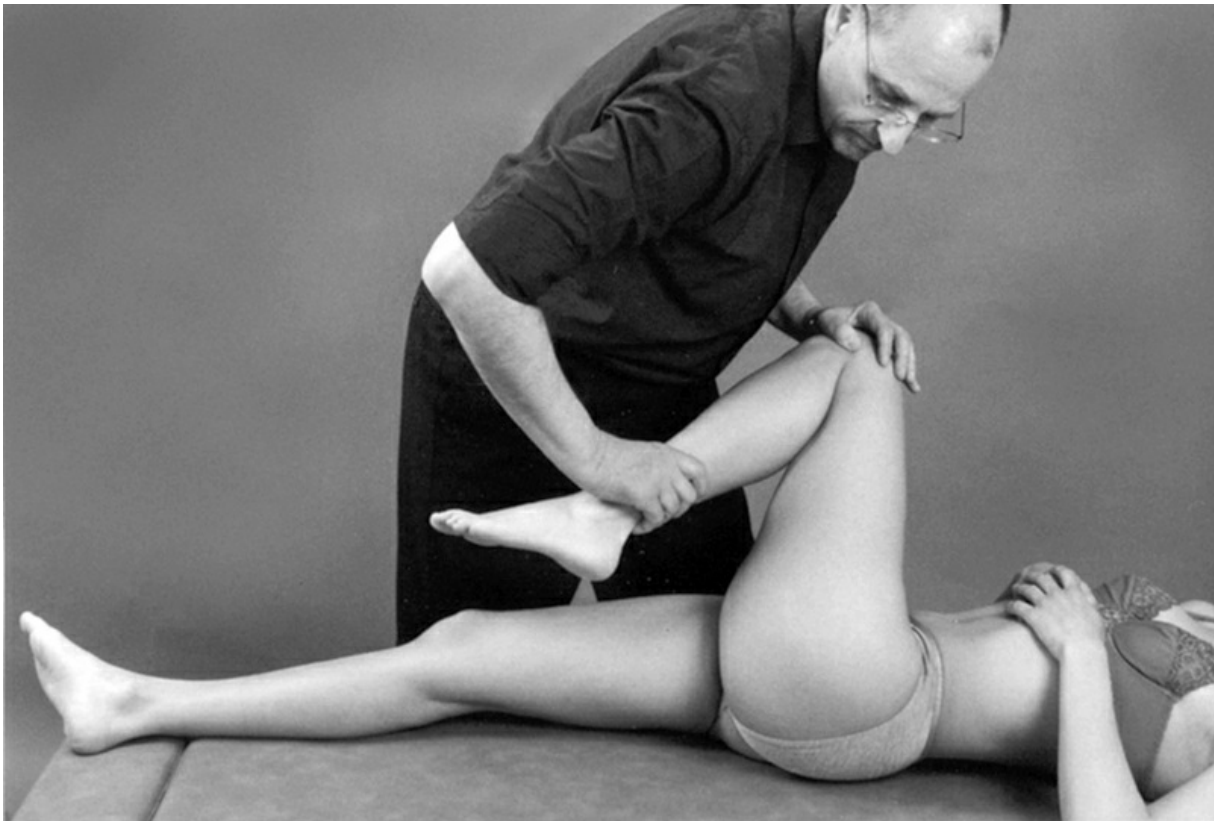


FIG. 2.4 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 4^e temps

Avant d'amener le genou dans un plan parallèle au plan de la table, il faut chercher le « passage » au niveau de la hanche.



FIG. 2.5 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 5^e temps

Le praticien se penche en avant, en s'enroulant sur l'ensemble du membre inférieur du sujet et en s'appuyant légèrement sur le tibia placé au creux de l'aîne ou sur sa cuisse selon les morphologies respectives du praticien et du sujet.

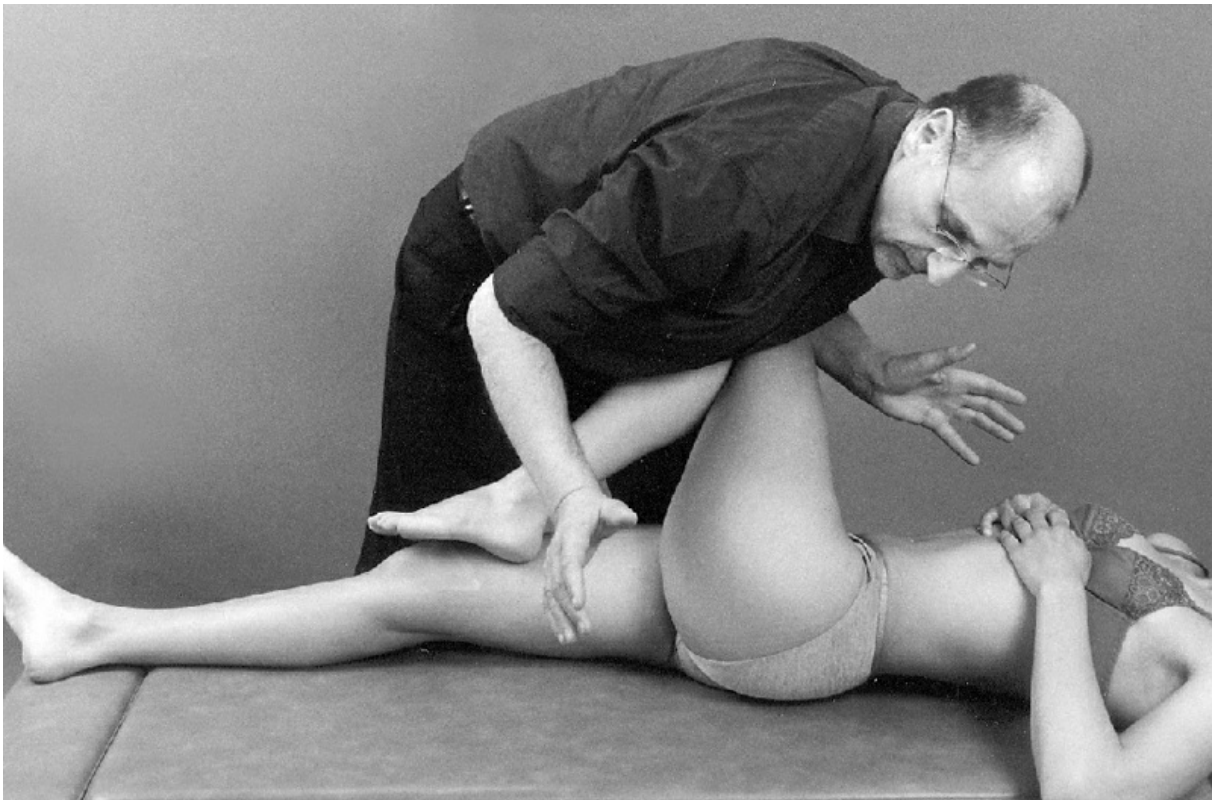


FIG. 2.6 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 6^e temps

Le genou gauche du sujet est bien calé au niveau du creux de l'aîne du praticien ou bien un peu au-dessus ou au-dessous selon les morphologies respectives de ces derniers.

La main droite du praticien s'apprête à se positionner sur le sulcus gauche du sacrum du sujet, et sa main gauche s'apprête à empaumer son ilium droit.

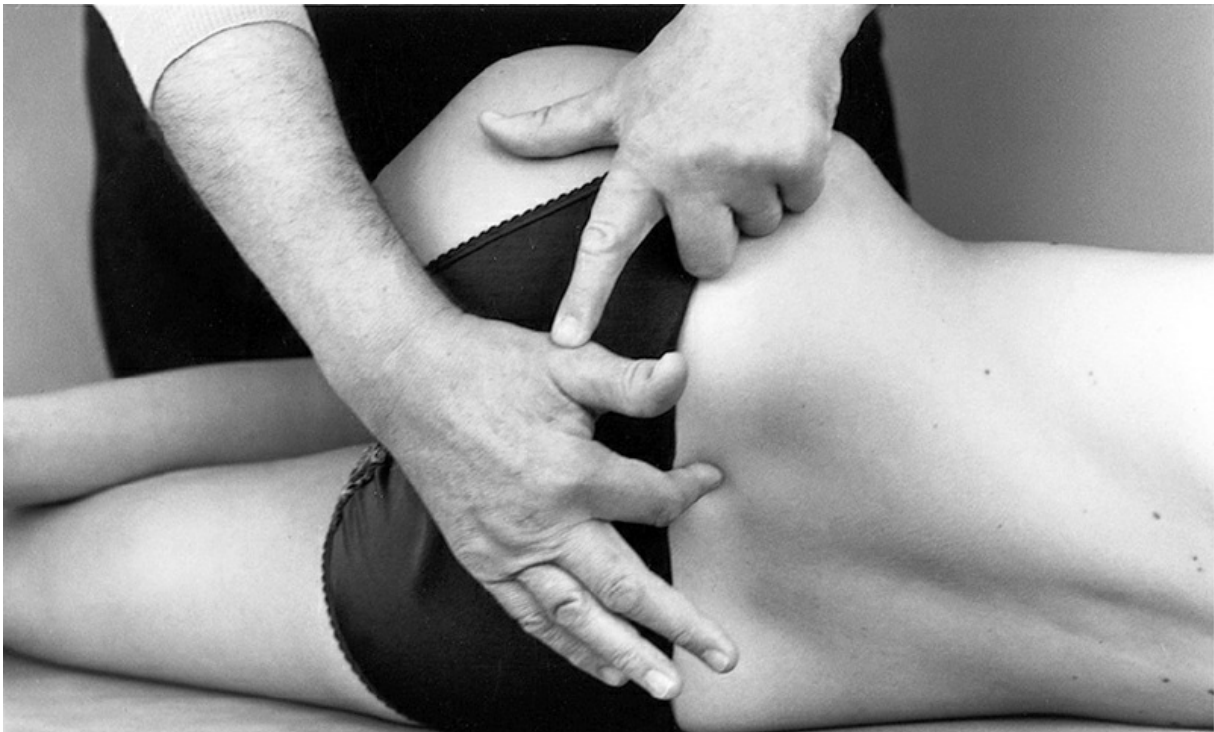


FIG. 2.7 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 7^e temps

L'index gauche du praticien désigne la partie du métacarpien I de la main droite qui va se positionner dans le sulcus gauche du sacrum.

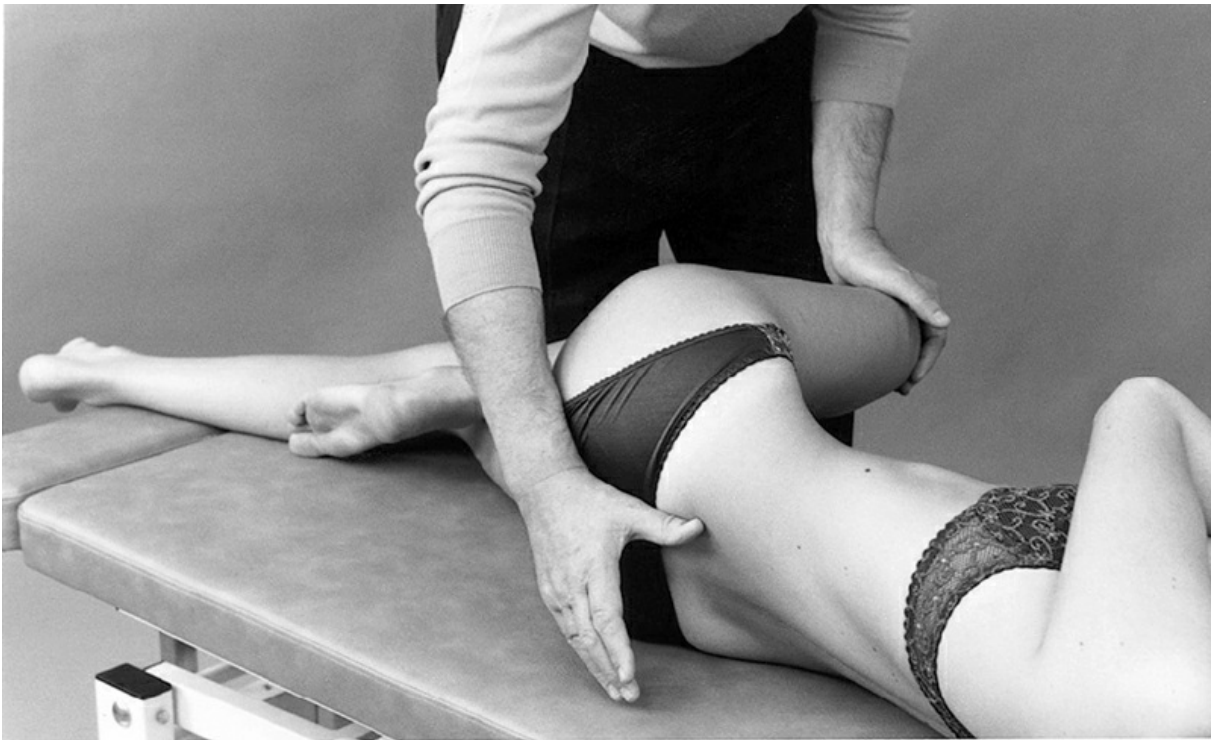


FIG. 2.8 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 8^e temps

- L'avant-bras droit du praticien est posé sur l'ischion du sujet.
- Le métacarpien I se cale dans le sulcus gauche du sacrum du sujet.

Remarque : Le levier inférieur (constitué par le membre inférieur du sujet) ne doit pas être verrouillé. Le praticien s'assurera de ce « non-verrouillage » du levier inférieur en réalisant quelques mouvements de « balancements » de l'ensemble membre inférieur-bassin.



FIG. 2.9 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 9^e temps

Le genou gauche du sujet reste « calé » contre l'aine du praticien, contre sa cuisse ou contre son thorax selon les morphologies respectives de ces derniers.

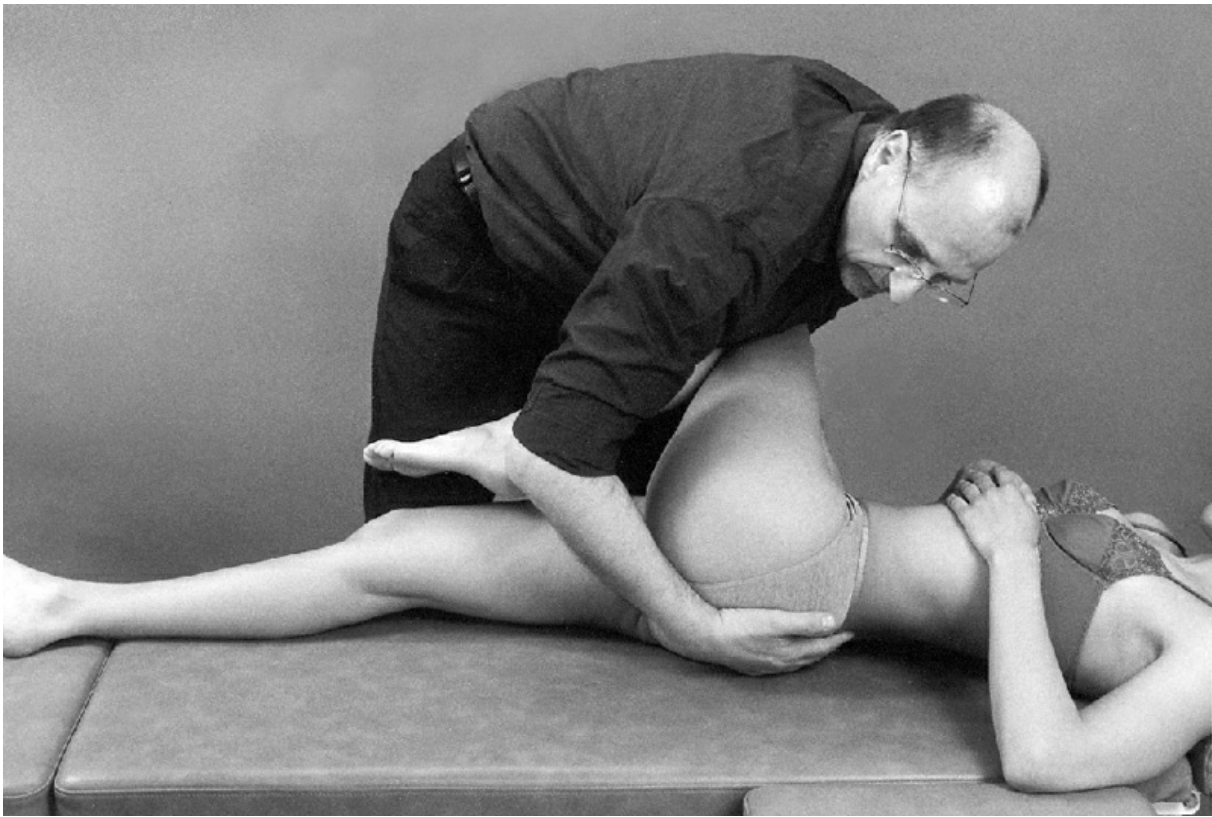


FIG. 2.10 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 10^e temps

Le praticien laisse repartir en arrière le bassin du sujet et la main droite qui suit le mouvement se place tout naturellement en supination.

Remarque : C'est le propre bassin du praticien qui maîtrise le mouvement.

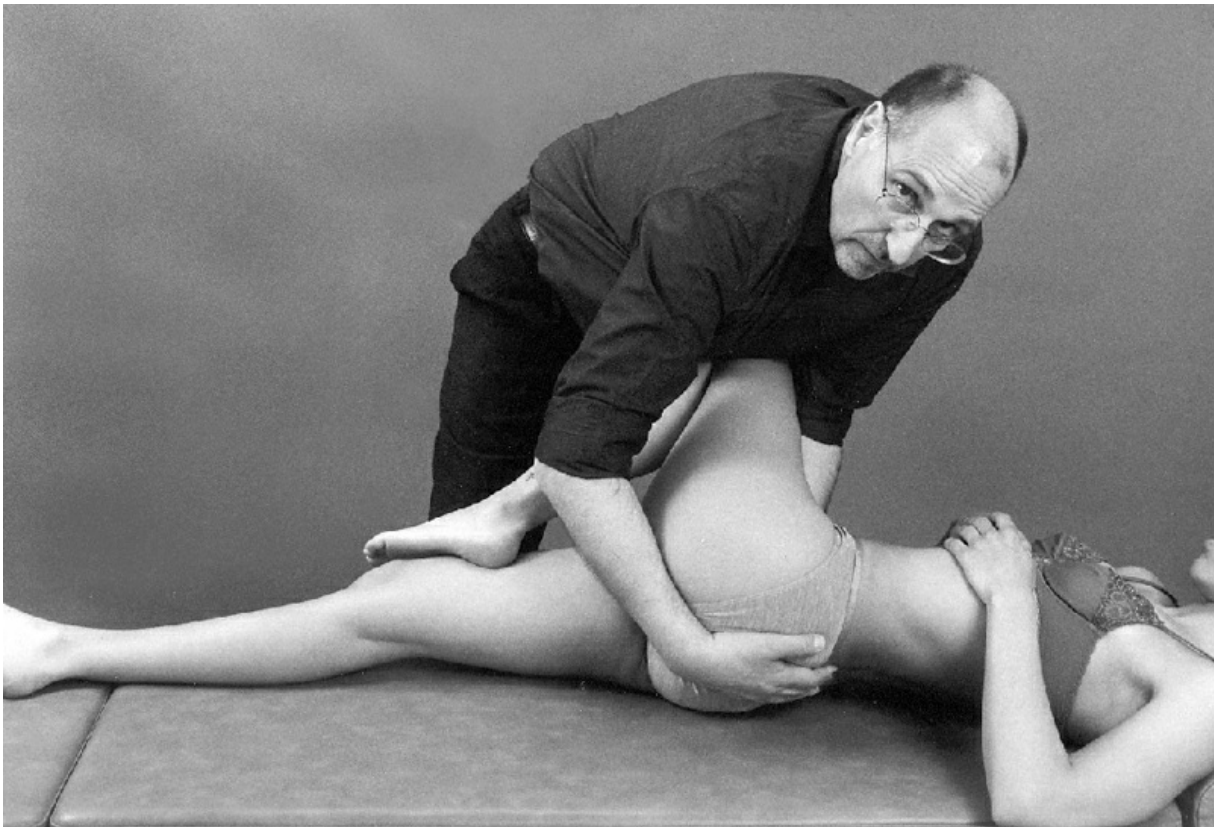


FIG. 2.11 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 11^e temps

La main gauche du praticien suit le mouvement décrit ci-dessus en se plaçant sous l'ilium gauche du sujet (voir aussi [fig. 2.12](#) à [2.14](#)). Le praticien déplace légèrement son bassin vers la gauche de manière à pouvoir « caler » le genou gauche du sujet sur sa cuisse gauche, dans le creux de son aine gauche ou encore au niveau de son ombilic, suivant les morphologies respectives du sujet et du praticien.

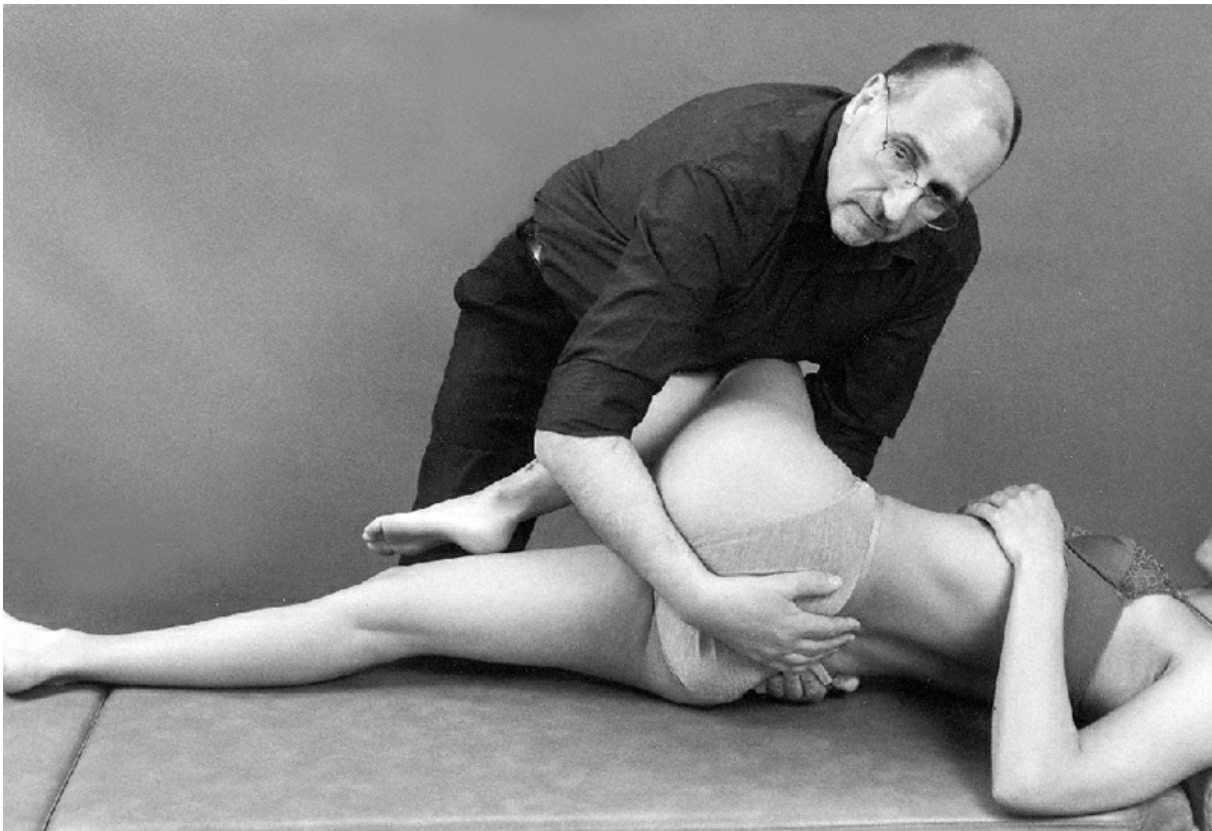


FIG. 2.12 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 12^e temps

Le praticien amène le bassin du sujet sur son côté droit en réalisant une flexion de genoux associée à une flexion plantaire de la cheville afin de soulever le bassin et de le pousser vers l'arrière (voir aussi [fig. 2.13](#) et [2.14](#)).

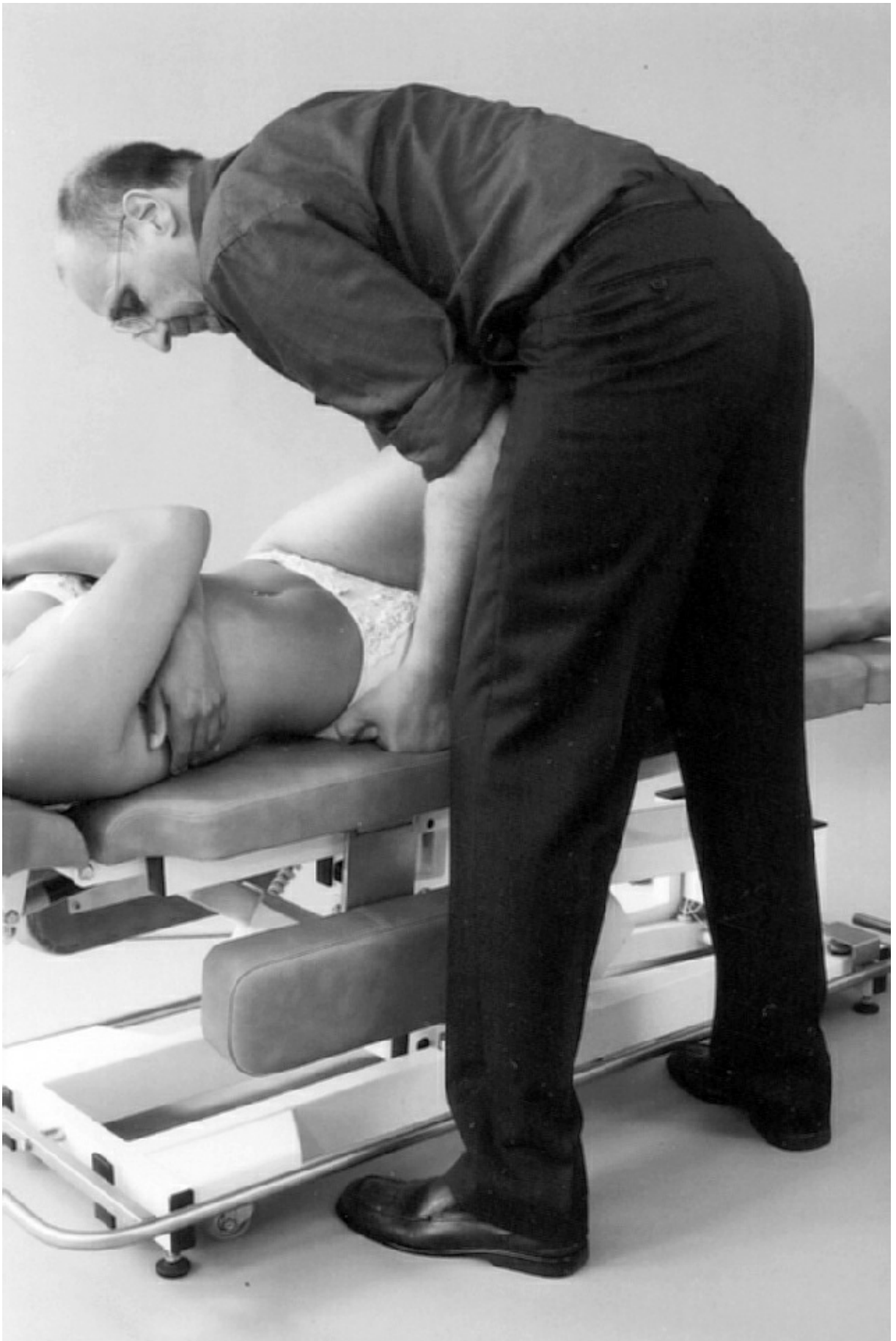


FIG. 2.13 Première méthode

Mise en place du levier inférieur, 13^e temps Autre vue

Vue sous un autre angle de la mise en place du bassin du sujet que l'on doit placer sur la table sur son côté droit. Noter la position du praticien.



FIG. 2.14 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 14^e temps

Noter la position du praticien qui prend appui avec son avant-bras gauche sur sa cuisse gauche afin d'amener le bassin du sujet au contact de la table sur son côté droit.



FIG. 2.15 Première méthode
Mise en place du levier inférieur, 15^e temps

Noter le mouvement du corps du praticien qui se penche en avant et se fléchit sur ses genoux en s'aidant de sa main droite, placée comme décrit précédemment (fig. 2.7 à 2.11), et de sa main gauche qui, à l'aide de son avant-bras gauche plaqué sur sa cuisse gauche, amène le bassin du sujet au contact de la table sur son côté droit.

Noter l'aide apportée par la flexion plantaire du pied gauche du praticien.

- Le levier inférieur étant en place : se reporter aux figures 2.16 à 2.18 pour la mise en place du levier supérieur.
- L'étage rachidien sur lequel le praticien veut agir est également déterminé par le degré de flexion de hanche du membre inférieur qui ne repose pas sur la table (voir fig. 2.19 et 2.21).



FIG. 2.16 Première méthode
Mise en place du levier supérieur, 1^{er} temps

L'avant-bras droit du sujet se place entre le bras gauche du praticien et son hémithorax gauche. Le praticien empaume à l'aide de sa main gauche le bras droit du sujet. Sa main droite se place au niveau du sulcus gauche du sacrum du sujet.



FIG. 2.17 Première méthode
Mise en place du levier supérieur, 2^e temps

Le bras droit du sujet est dans un premier temps tiré perpendiculairement à la table en direction du plafond. Il est important de dérouler le rachis sans tirer le sujet à soi. L'axe du rachis reste droit et le rachis tourne autour de cet axe.

Lorsque, suite à la traction exercée sur le rachis par l'intermédiaire du membre supérieur droit du sujet, la mobilité « arrive » sous les doigts de la main droite du praticien, il faut cesser la traction.



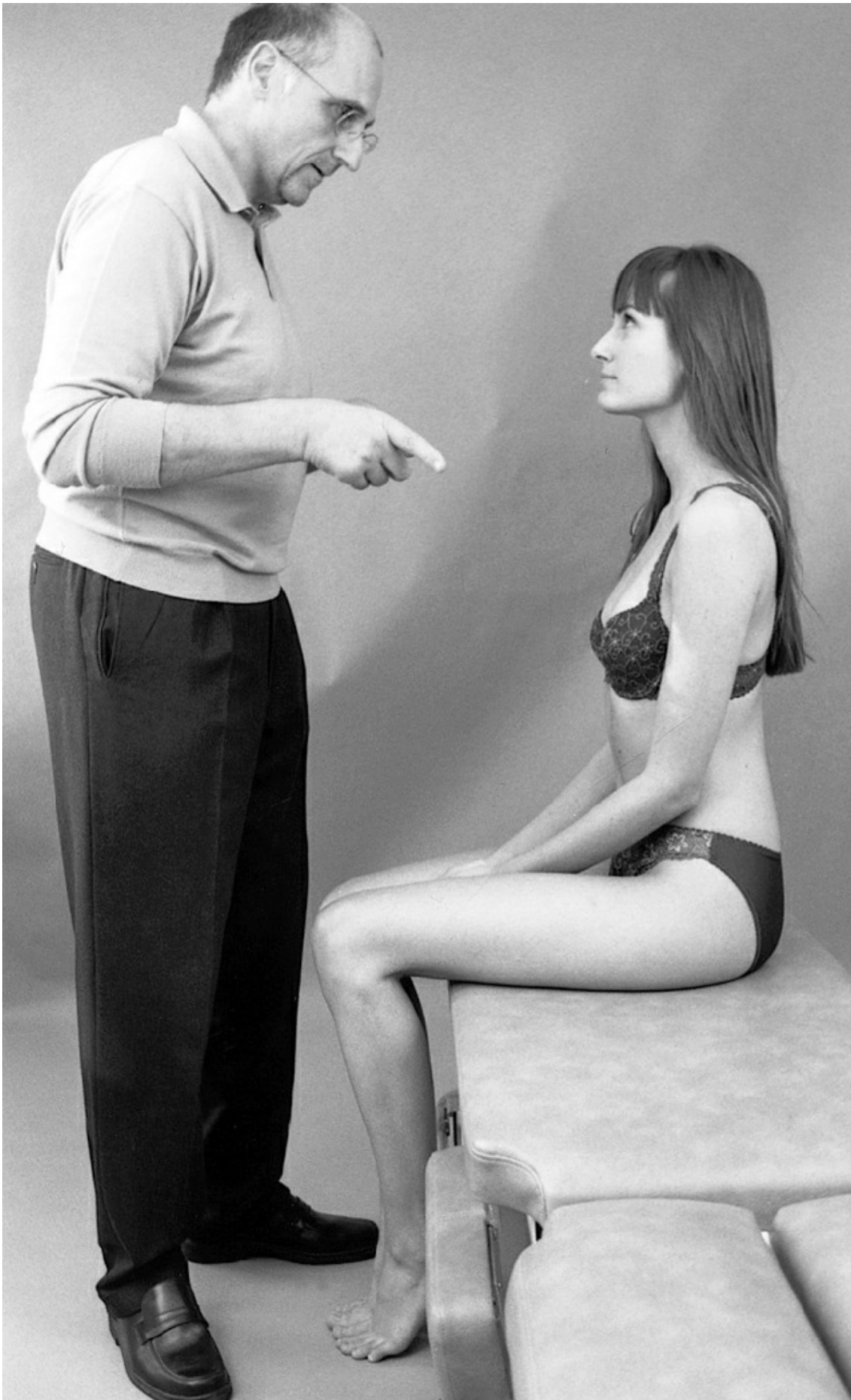
FIG. 2.18 Première méthode
Mise en place du levier supérieur, 3^e temps

Le praticien, à l'aide de son membre supérieur gauche, exerce une légère traction assez rapide et sèche pour fixer l'ensemble du positionnement du levier supérieur. La main droite du praticien, placée au niveau du sulcus gauche du sacrum, contrôle le mouvement de la base gauche.

Remarques : Pour exécuter ce mouvement de traction, le praticien se laisse « glisser » en fente arrière droite (déplaçant le poids de son corps de son pied gauche sur son pied droit).

Le levier supérieur étant fixé, les mains du sujet peuvent être ramenées au niveau du sternum.

Deuxième méthode



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.19 Deuxième méthode

Mise en place du levier supérieur, 1^{er} temps

Le sujet est assis sur la table face au praticien. Ce dernier l'invite à se coucher sur le côté.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.20 Deuxième méthode

Mise en place du levier supérieur, 2^e temps

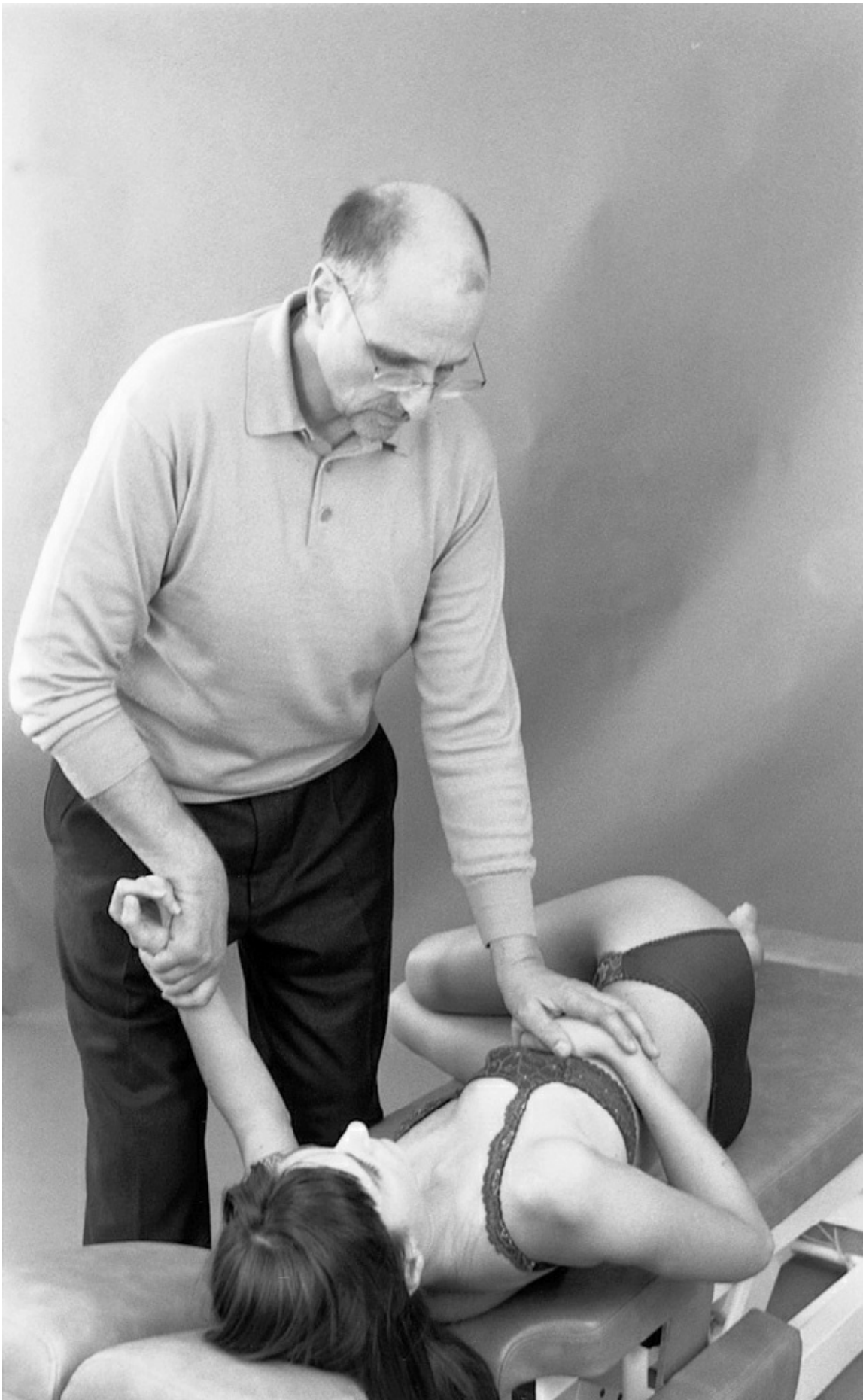
Le sujet étant couché en décubitus latéral, le praticien amène les deux membres inférieurs en flexion de hanche.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.21 Deuxième méthode
Mise en place du levier supérieur, 3^e temps

Le praticien s'assure avant de mettre en place le levier supérieur que le sujet est bien couché avec les hanches fléchies et dans une position stable.

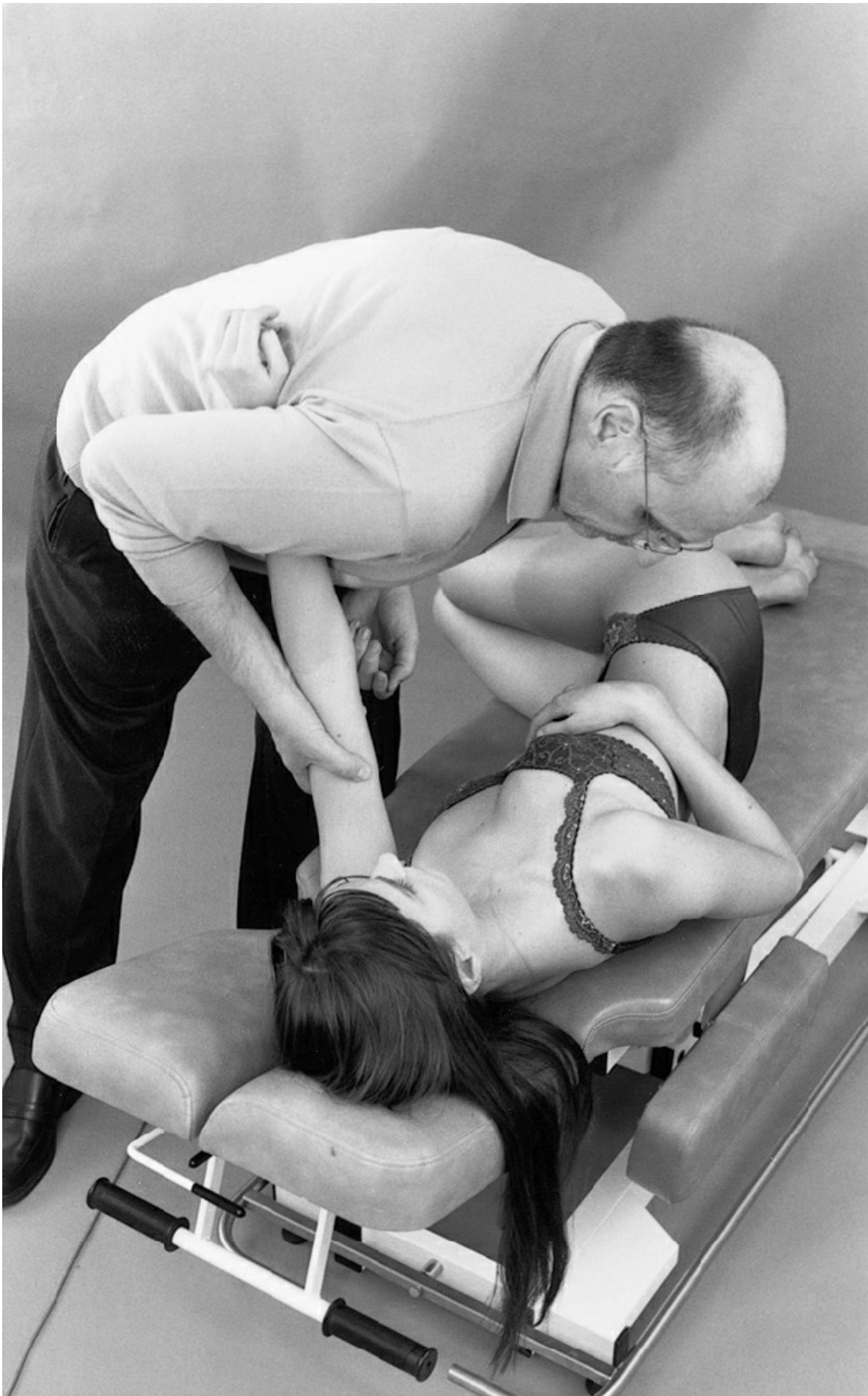


*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.22 Deuxième méthode

Mise en place du levier supérieur, 4^e temps

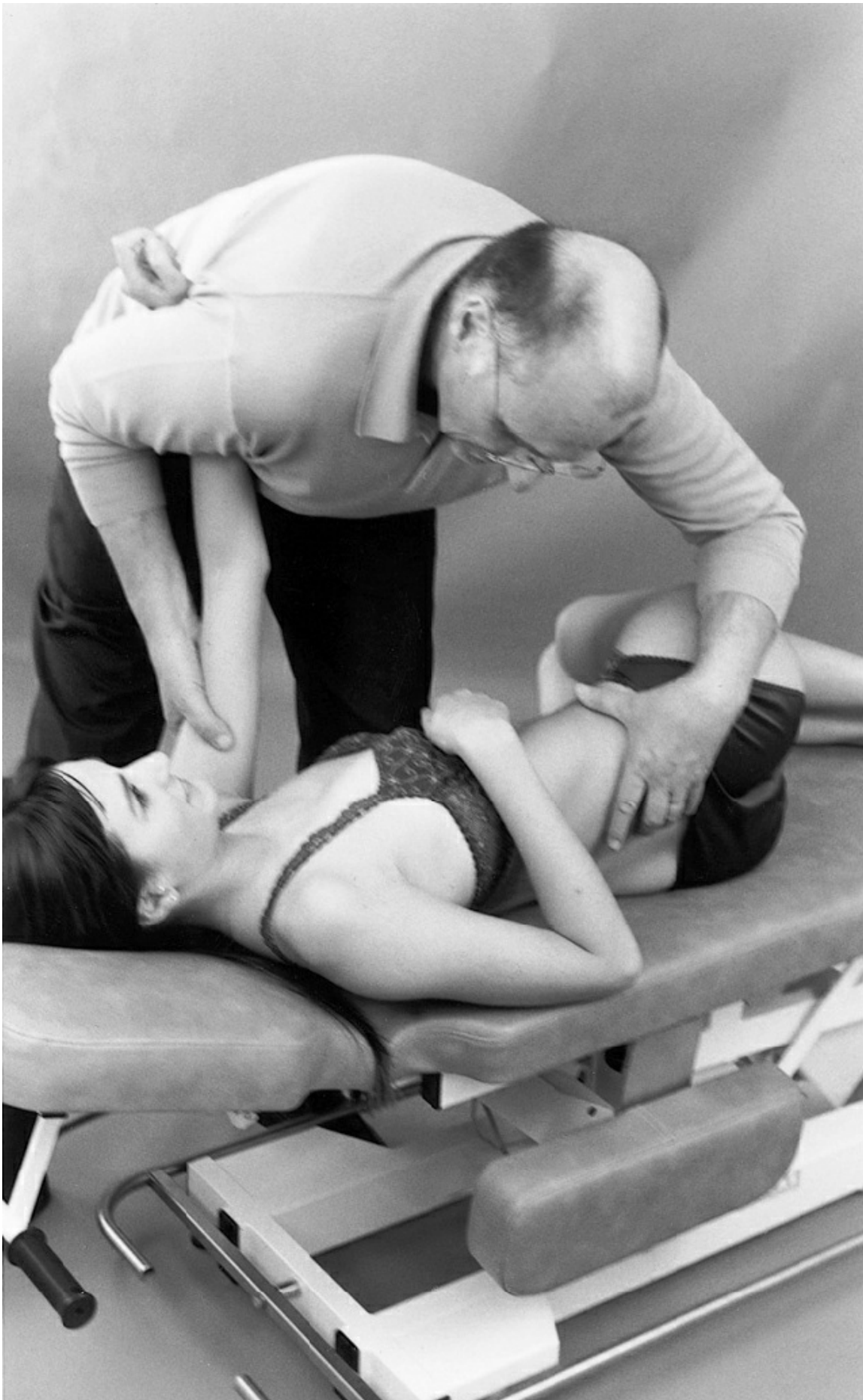
Le praticien s'empare du membre supérieur gauche du sujet au niveau du poignet afin de venir le placer au creux de son aisselle.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.23 Deuxième méthode
Mise en place du levier supérieur, 5^e temps

Le praticien se penche en avant et vient caler l'avant-bras gauche du sujet entre son bras droit et son hémithorax droit, la main gauche étant maintenue au creux de son aisselle. Cette prise est mise en place par l'intermédiaire de la main droite du praticien qui se saisit du bras gauche du sujet.

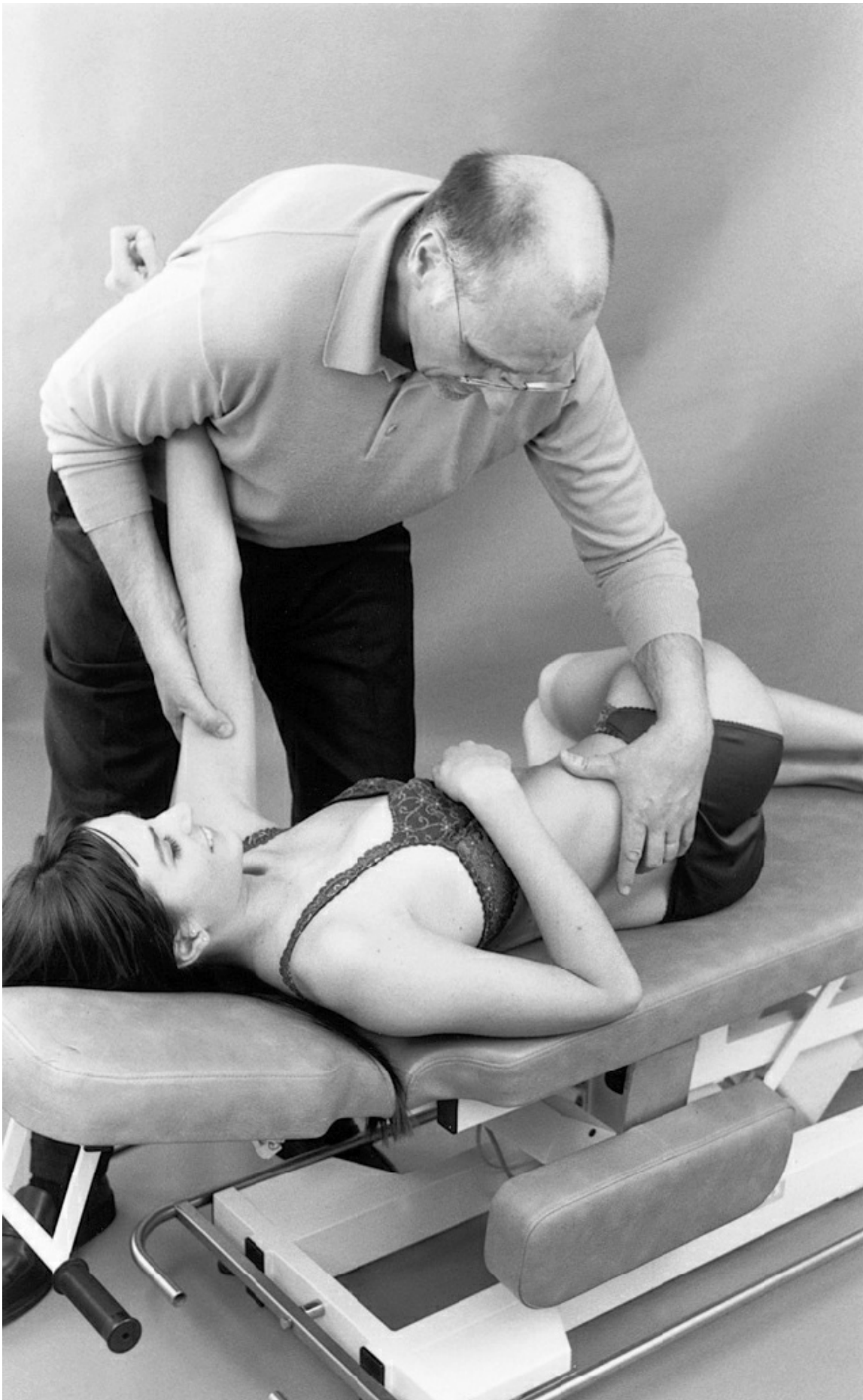


*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.24 Deuxième méthode
Mise en place du levier supérieur, 6^e temps

La prise précédente concernant le membre supérieur est maintenue (voir [fig. 2.23](#)). Le praticien place les doigts de son autre main dans le sulcus droit du bassin du sujet.

Remarque : Le sulcus est l'espace (la dépression ou la gouttière) compris entre la partie la plus postérieure de la crête iliaque, au-dessus de l'EIPS, et le sacrum. Le sulcus est en regard de la base du sacrum (base droite sur la figure ci-contre).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.25 Deuxième méthode

Mise en place du levier supérieur, 7^e temps

Le bras gauche du sujet est dans un premier temps tiré perpendiculairement à la table, en direction du plafond. Ce qui est important, c'est de dérouler le rachis sans tirer le sujet à soi. L'axe du rachis reste droit et le rachis tourne autour de cet axe.

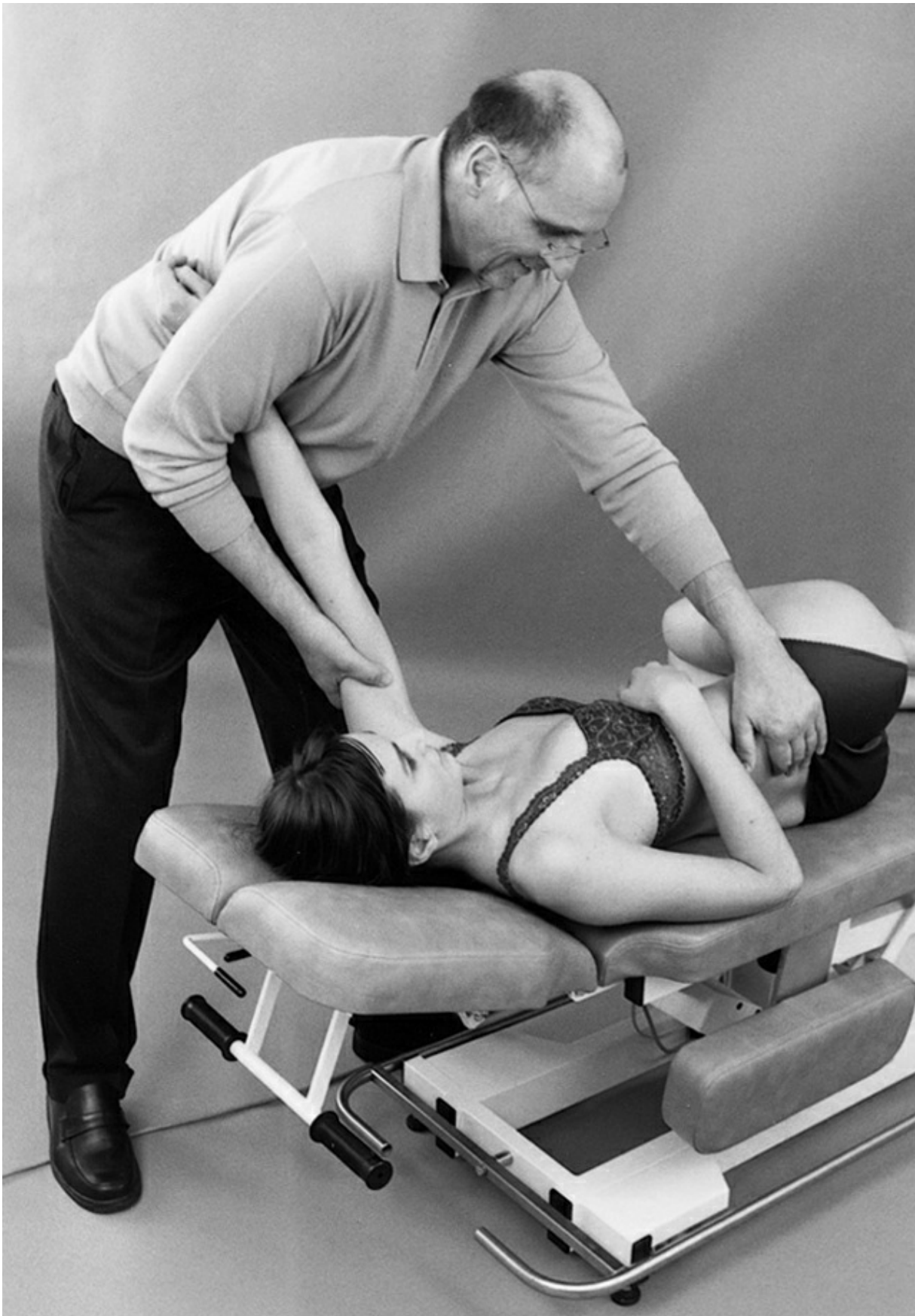


FIG. 2.26 Deuxième méthode
Mise en place du levier supérieur, 8^e temps

Tout en gardant les doigts de sa main gauche au contact du sulcus droit du bassin du sujet, le praticien se laisse « glisser » en fente arrière-droite en déplaçant le poids de son corps de son pied gauche sur son pied droit, et ceci tout en maintenant le membre supérieur du sujet dans la même position que celle décrite dans la [figure 2.23](#).

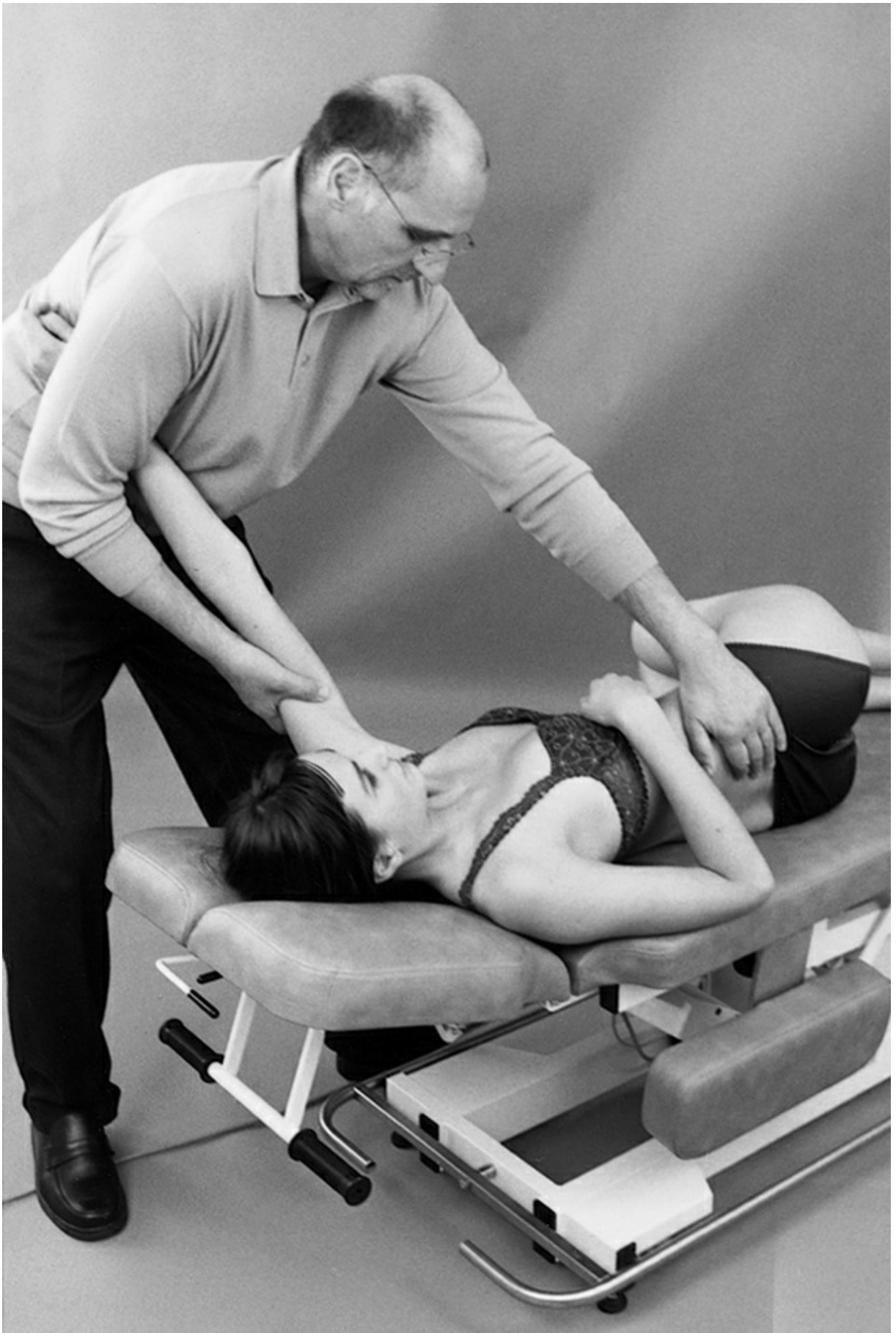


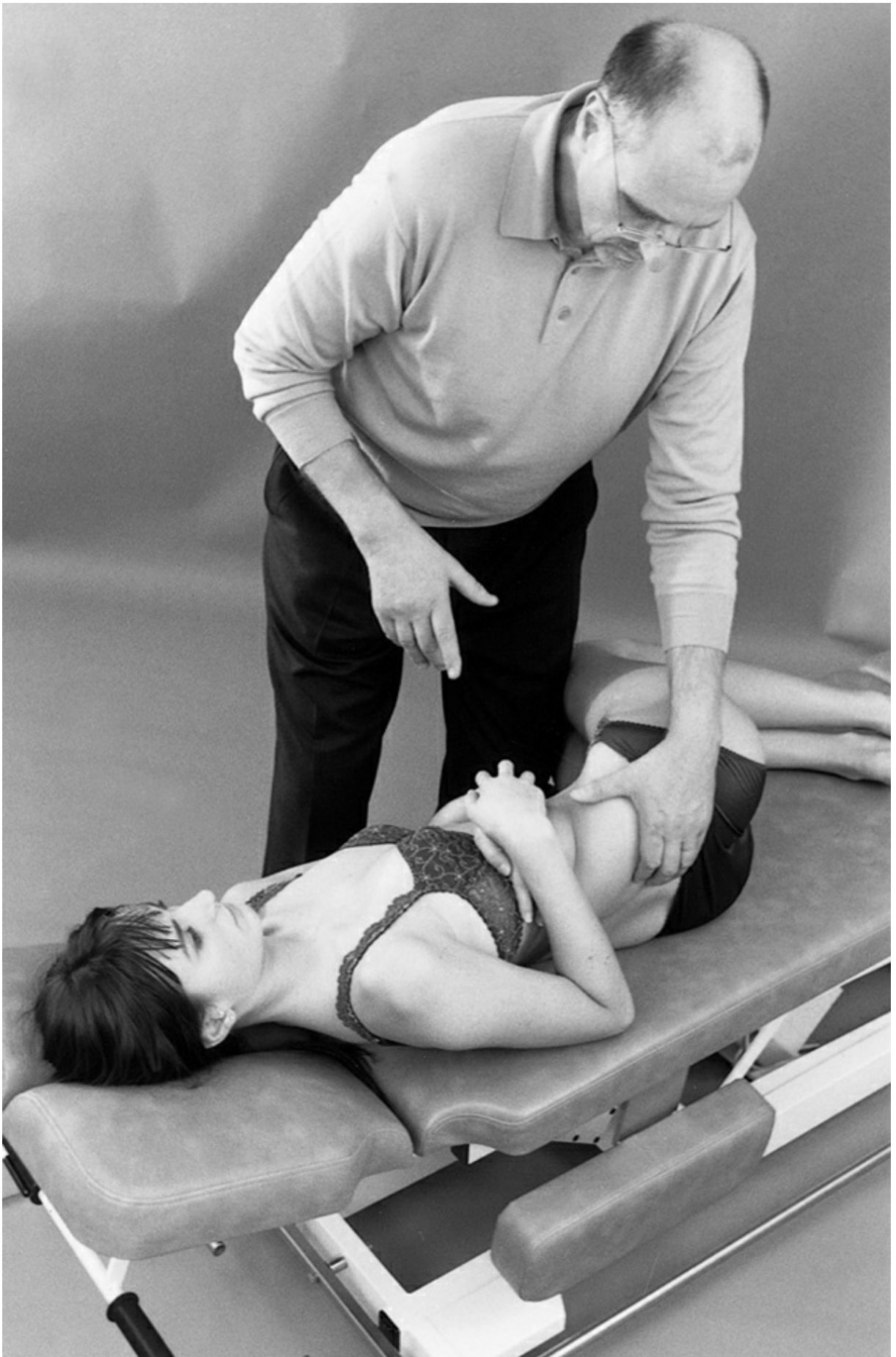
FIG. 2.27 Deuxième méthode
Mise en place du levier supérieur, 9^e temps

Le praticien poursuit le déplacement de son corps en fente arrière-droite, tout en tractant le membre supérieur gauche du sujet à l'aide de la double prise de son membre supérieur droit par une légère traction rapide et sèche pour fixer l'ensemble du membre supérieur. De sa main gauche, il contrôle le degré d'ouverture de l'articulation sacro-iliaque afin d'optimiser l'efficacité de la technique choisie.

Rappel : Le praticien, à l'aide de son membre supérieur droit, exerce une légère traction assez rapide et sèche pour fixer l'ensemble du positionnement du levier supérieur. La main droite du praticien placée au niveau du sulcus droit du sacrum contrôle le mouvement de la base droite.

Lorsque, suite à la traction exercée sur le rachis par l'intermédiaire du membre supérieur gauche du sujet, la mobilité « arrive » sous les doigts de la main gauche du praticien, il faut cesser la traction.

Le levier étant fixé, les mains du sujet peuvent être ramenées au niveau du thorax ou du sternum.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 2.28 Deuxième méthode
Mise en place du levier inférieur, 1^{er} temps

Le praticien, une fois obtenue la bonne ouverture de l'articulation sacro-iliaque droite, contrôlée par sa main gauche, ramène le membre inférieur gauche du sujet sur le thorax de ce dernier.

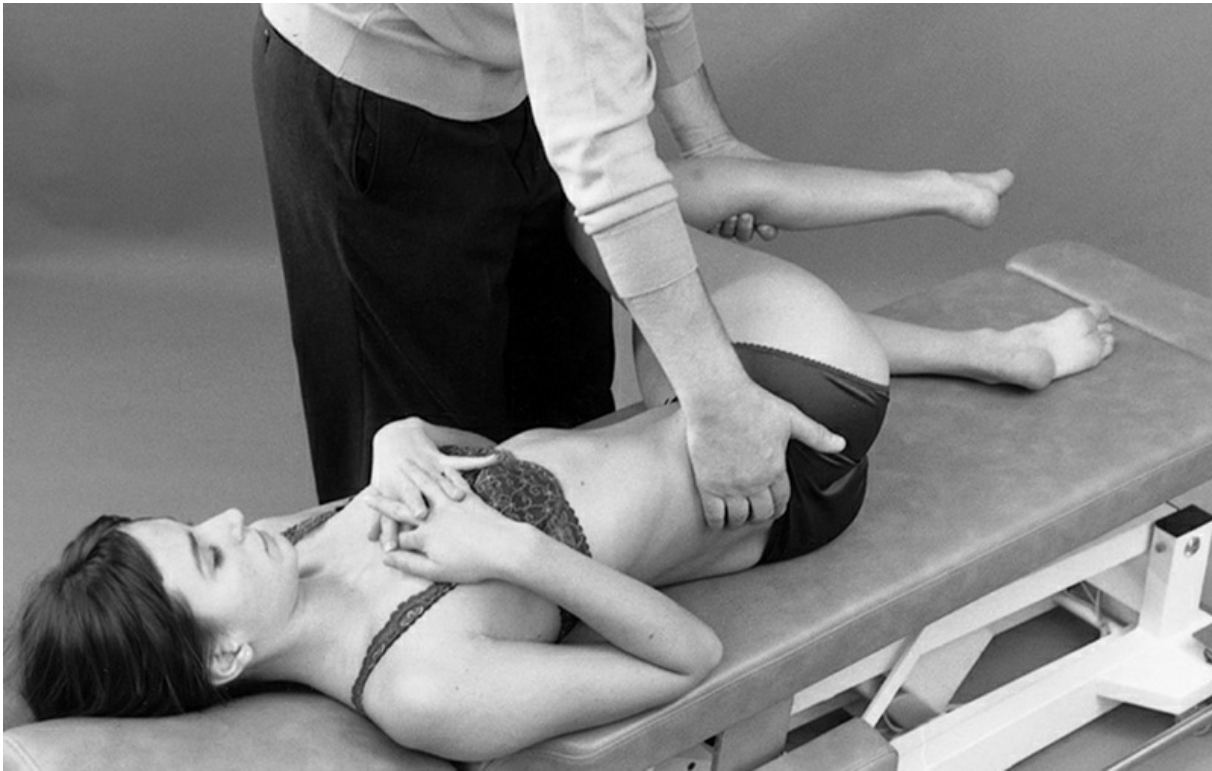


FIG. 2.29 Deuxième méthode
Mise en place du levier inférieur, 2^e temps

Tout en contrôlant l'ouverture de l'articulation sacro-iliaque à l'aide de sa main droite, le praticien s'empare du membre inférieur droit afin de le positionner en fonction de la zone rachidienne à traiter.



FIG. 2.30 Deuxième méthode
Mise en place du levier inférieur en fonction de l'étage rachidien à traiter

Sur la figure ci-contre, le cou de pied du membre inférieur droit repose sur le mollet gauche. La localisation de la zone de traitement se situe au niveau de la charnière sacro-lombale (L5-S1).



FIG. 2.31 Deuxième méthode

Mise en place du levier inférieur en fonction de l'étage rachidien à traiter

Sur la figure ci-contre, le cou de pied du membre inférieur droit repose dans la fosse poplitée. La localisation de la zone de traitement se situe au niveau de L3.



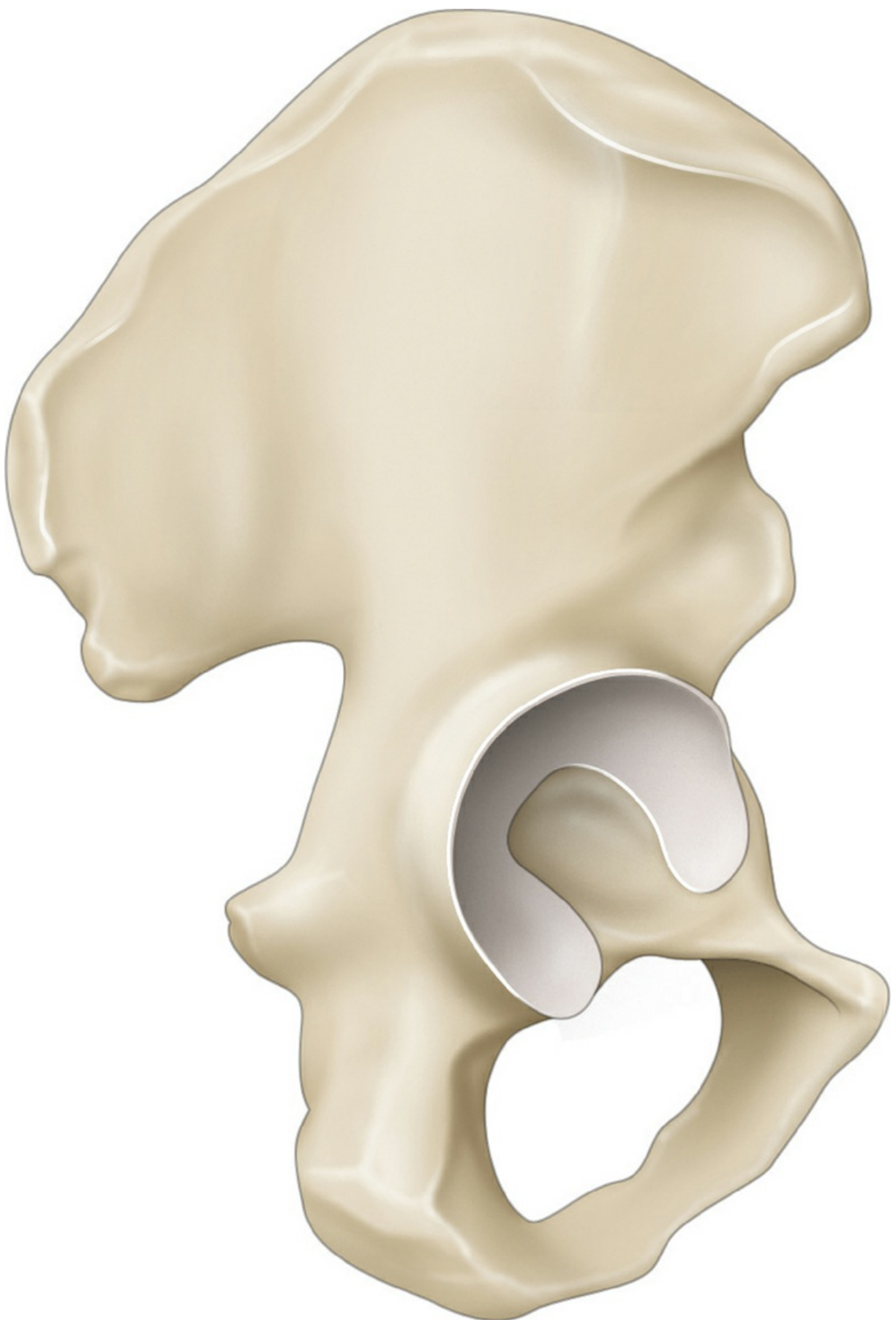
FIG. 2.32 Deuxième méthode

Mise en place du levier inférieur en fonction de l'étage rachidien à traiter

Sur la figure ci-contre, le cou de pied du membre inférieur droit repose au-dessus de la fosse poplitée gauche du sujet. La localisation de la zone de traitement se situe au niveau de la charnière thoraco-lombale (T11-T12, T12-L1).

3

L'ium



Guide des figures

Ilium antérieur	Fig. 3.1 à 3.33
Ilium postérieur	Fig. 3.34 à 3.50
Ilium en ouverture	Fig. 3.51 à 3.56
Ilium en fermeture	Fig. 3.57 à 3.61
Ilium en supériorité	Fig. 3.62 à 3.66

Ilium antérieur

Définition

C'est un ilium qui « se déplace » en antériorité autour d'un axe central.

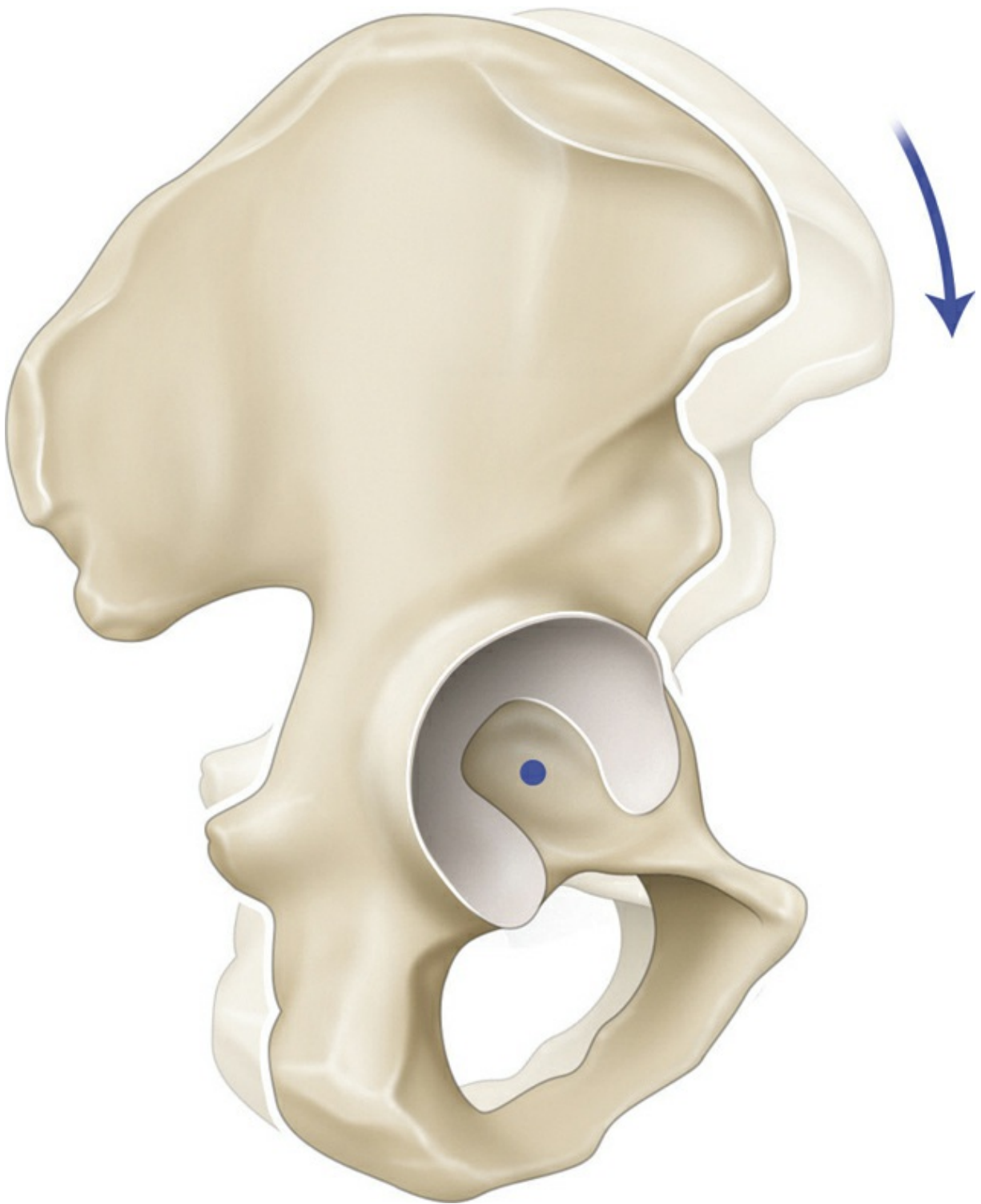


FIG. 3.1 Ilium antérieur

Diagnostic

Recherche du côté en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le TFD est positif à droite, puisque nous nous sommes placés

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

(arbitrairement) dans le cadre d'un ilium antérieur droit.

Rappel : Le TFD permet de localiser le côté en dysfonction (droit ou gauche) et non le type de la dysfonction, c'est-à-dire la nature de la restriction de mobilité (ilium antérieur, postérieur, ouvert, fermé ou supérieur).

Positionnement de l'ilium dans l'espace (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. Dans le cadre que nous nous sommes fixé (ilium antérieur droit), l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) est, par comparaison, plus basse (plus inférieure) à droite que de l'autre côté.

Recherche de la mobilité de l'ilium (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. Dans le cas d'un ilium antérieur droit, le praticien empaume l'EIAS de l'ilium droit sur lequel il va effectuer le test. Il stabilise l'ilium gauche et il imprime un mouvement de compression au niveau de l'ilium droit dans l'axe du petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le praticien note lors de l'appui une plus grande résistance du côté de la dysfonction, c'est-à-dire à droite, par comparaison avec l'autre côté. Il teste les qualités respectives de la résistance et de l'arrêt (ce qui donnera une indication sur l'intensité de l'impulsion à donner au cours de la mobilisation avec impulsion) en comparant avec le côté controlatéral. Il note également le degré de diminution de mobilité du côté de la dysfonction (c'est-à-dire à droite), toujours en comparant avec le côté opposé (voir le chapitre [Les tests](#), fig. 1.28 et 1.29).

Test du rebond sur l'ilium en dysfonction

Le praticien appuie sur l'ilium en dysfonction, et apprécie la qualité du retour : si l'ilium est en dysfonction, la qualité du rebond est altérée (il ne revient pas complètement, et reste « bloqué » dans sa dysfonction).

Recherche d'une éventuelle pathologie musculaire à la palpation : tensions, spasmes, contractures, enthésopathie

- *Carré des lombes* : palpation de la partie postérieure de la crête iliaque, K12 (12^e côte) et des processus transverses du rachis lombaire.
- *Tenseur du fascia lata et sartorius* (couturier) : palpation des points d'insertion – au niveau de l'EIAS et du tubercule infracondyloire (Gerdy) –, ainsi que des corps musculaires.
- *Droit fémoral* (droit antérieur) : palpation de son insertion sur l'EIAI ainsi

que du corps musculaire.

Le Downing (voir le chapitre [Les tests](#))

Le membre inférieur droit est faussement plus long, et le test de Downing montre qu'il est possible de le rallonger mais que l'on ne peut le raccourcir.

Remarque : En plaçant le sujet en décubitus et en amenant les deux membres inférieurs du sujet en triple flexion, pieds posés à plat sur la table, malléoles au contact, on constate que le genou appartenant au membre inférieur présentant un ilium antérieur est toujours plus bas situé que le genou controlatéral (alors que le membre inférieur est plus long de ce côté). De plus ce même genou a une position antérieure par rapport à l'autre.

Causes

Causes directes

Contrairement à l'ilium postérieur, qui peut être secondaire à de multiples causes primaires, l'ilium antérieur est consécutif à un traumatisme qu'il faudra rechercher par l'anamnèse et l'examen clinique.

Sports et loisirs, divers

- Causes traumatiques la plupart du temps, rarement adaptatives.
- L'atterrissage en parapente ou aile delta (mauvaise réception à l'atterrissage).
- L'athlétisme, en particulier le saut en hauteur : c'est dans le geste technique réalisé sur la jambe d'appui, quand on est dos à la barre, avant de sauter, que la dysfonction portant sur l'ilium peut se produire.

On se trouve alors soit face à un ilium en ouverture, soit face à un ilium antérieur par la traction des muscles s'insérant sur l'EIAS, ce qui aura pour conséquence une vrille antérieure de l'ilium.

- Sport de combat tel que le karaté : coup de pied circulaire bloqué par l'adversaire (par exemple).

Causes secondaires

Lors de « squats » inadaptés par exemple avec de lourdes charges sur les épaules (dans le cadre de la préparation physique dans de nombreux sports) : L5 se positionnerait donc en avant et entraînerait lors de son déplacement le sacrum et l'ilium en antériorité.

Diagnostic très difficile : est-ce L5 qui serait primaire, ou bien l'ilium, ou encore le sacrum ?

On peut aussi citer le cas d'une dysfonction siégeant par exemple au niveau du cuboïde, ce qui entraînerait une cascade de dysfonctions adaptatives avec pour conséquence un ilium en antériorité (voir, dans la même collection, *Atlas de techniques articulaires ostéopathiques*, t. 1 : *Les membres*).

À propos de l'examen clinique

La première question à se poser est si l'ilium antérieur est récent ou ancien.

Ilium antérieur récent

L'anamnèse est claire, les signes cliniques sont évidents, et même si nous sommes en présence d'une « chaîne lésionnelle », où l'on ne peut déduire avec certitude la dysfonction primaire, il faut réduire en priorité l'ilium antérieur.

Ilium antérieur ancien

Il faut reconstituer la chaîne lésionnelle et donc cibler l'anamnèse sur le traumatisme et porter sa réflexion sur les compensations qui n'ont pas manqué de se produire.

Pour mieux cerner l'origine de la dysfonction, interroger le sujet sur :

- la position qu'il adopte pendant son sommeil ;
- les différentes positions assises qui sont les siennes tout au long de la journée (au travail ou pendant ses loisirs : lecture, cinéma, soirée « télé », etc.) ;
- la façon dont il monte ou descend les escaliers ;
- sa façon de s'accroupir (dans le cadre de tâches diverses : jardinage, tâches ménagères, etc.).

N.B. : Ce sont là quelques propositions, parmi de nombreuses possibles, permettant d'orienter l'interrogatoire.

À retenir avant réduction

L'ilium antérieur est une dysfonction le plus souvent traumatique, contrairement à l'ilium postérieur qui est plutôt une dysfonction de type secondaire. Il faut donc s'attendre à un blocage réel, et, sans une mobilisation avec impulsion, on ne « passe pas ». Lorsque l'ilium antérieur se

trouve être de type secondaire et dans un contexte particulièrement sensible (grossesse par exemple), on peut quand même le réduire à l'aide d'une mobilisation sans impulsion par exemple, l'une des techniques dites du « volant »

Technique de réduction 1

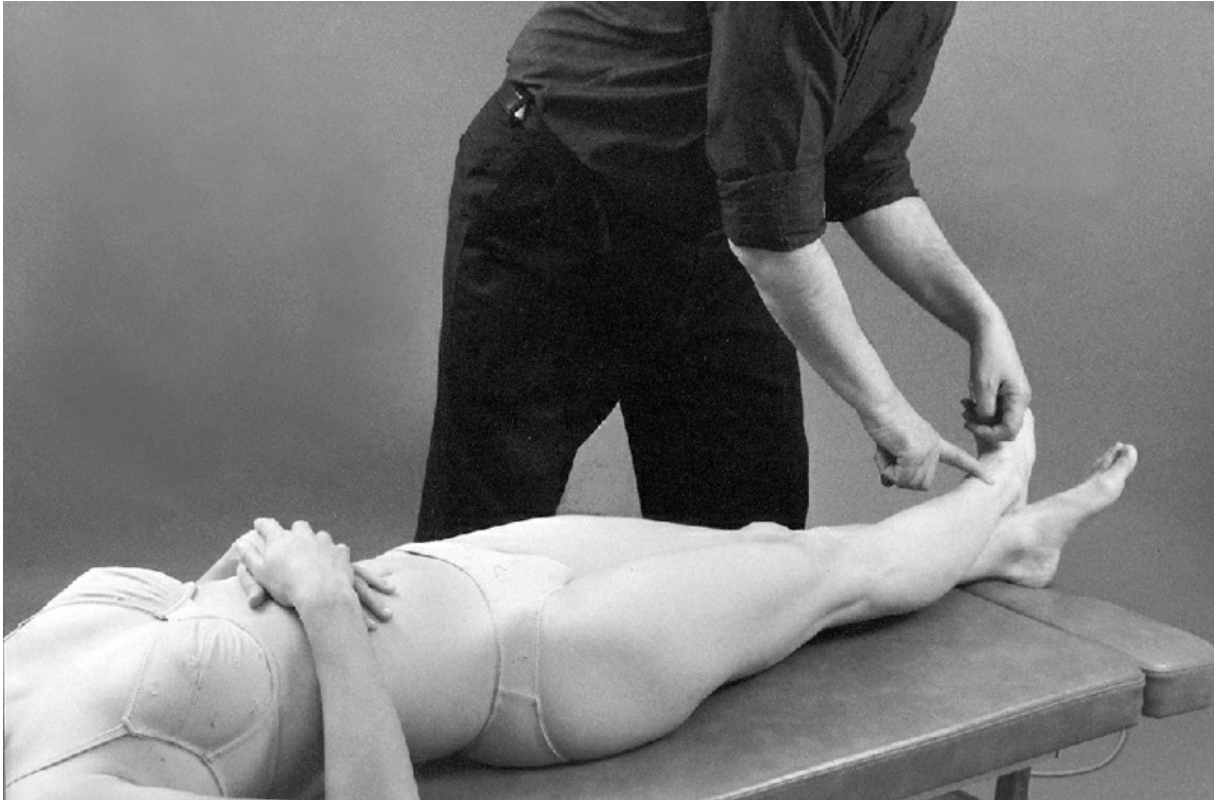


FIG. 3.2 Position du sujet et du praticien
Mise en place des paramètres, phase 1
Mise en place du levier inférieur, 1^{er} temps

Le praticien s'empare de la cheville droite du sujet pour la placer sur le cou-de-pied gauche du membre inférieur controlatéral. Cela permet une bonne stabilité du levier inférieur lorsque l'on réduit la dysfonction.

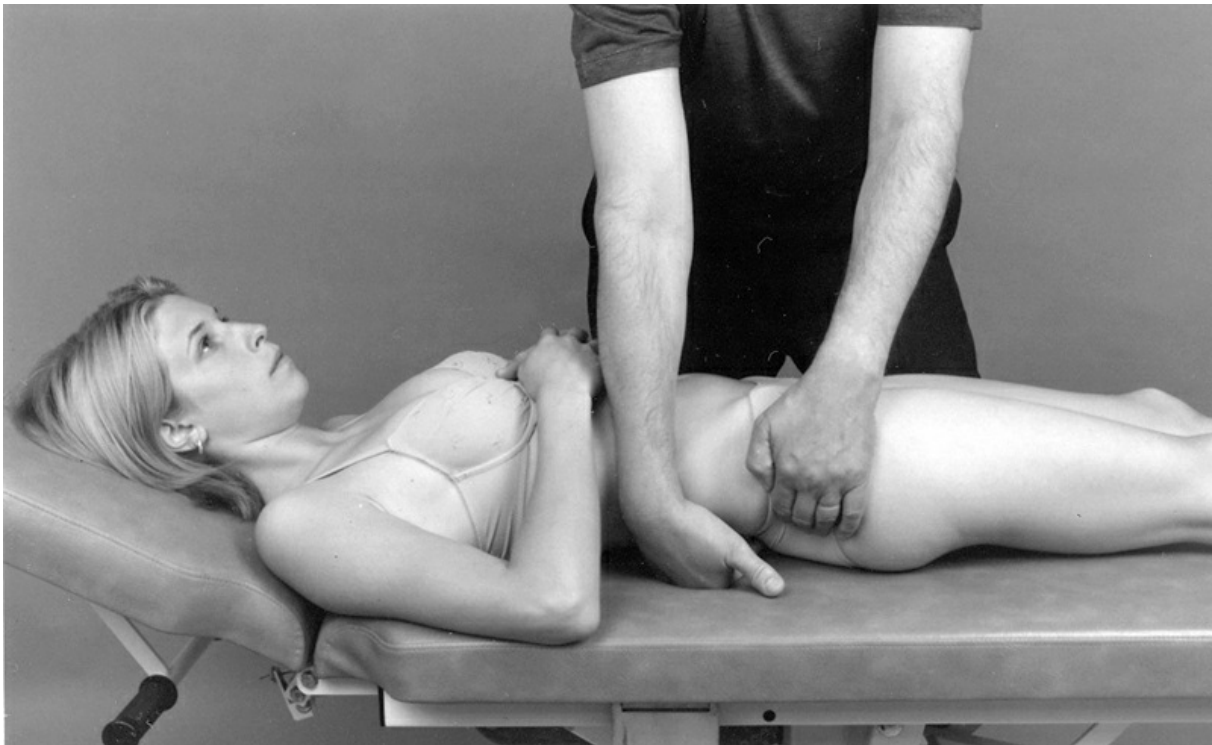


FIG. 3.3 Mise en place du levier inférieur, 2^e temps

Le sujet est en décubitus, le praticien est debout du côté controlatéral. De sa main gauche, il soulève l'hémibassin droit du sujet afin de placer sa main droite au contact du sulcus droit du bassin de ce dernier dans le but de contrôler l'ouverture de l'articulation sacro-iliaque.



FIG. 3.4 Mise en place du levier inférieur, 3^e temps

La main droite du praticien est placée comme décrit ci-dessus, c'est-à-dire au contact de la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque. Le sujet est en décubitus, la tête surélevée.

Le praticien, debout du côté controlatéral, s'empare des chevilles du sujet et cherche l'ouverture optimale de l'articulation sacro-iliaque afin de pouvoir réaliser au mieux la réduction de la dysfonction iliaque.



FIG. 3.5 Mise en place des paramètres, phase 2
Mise en place du levier supérieur, 1^{er} temps

Le praticien demande au sujet de croiser ses deux mains derrière la nuque.
Sur la figure ci-contre, il s'empare des épaules du sujet afin de l'amener en torsion gauche.

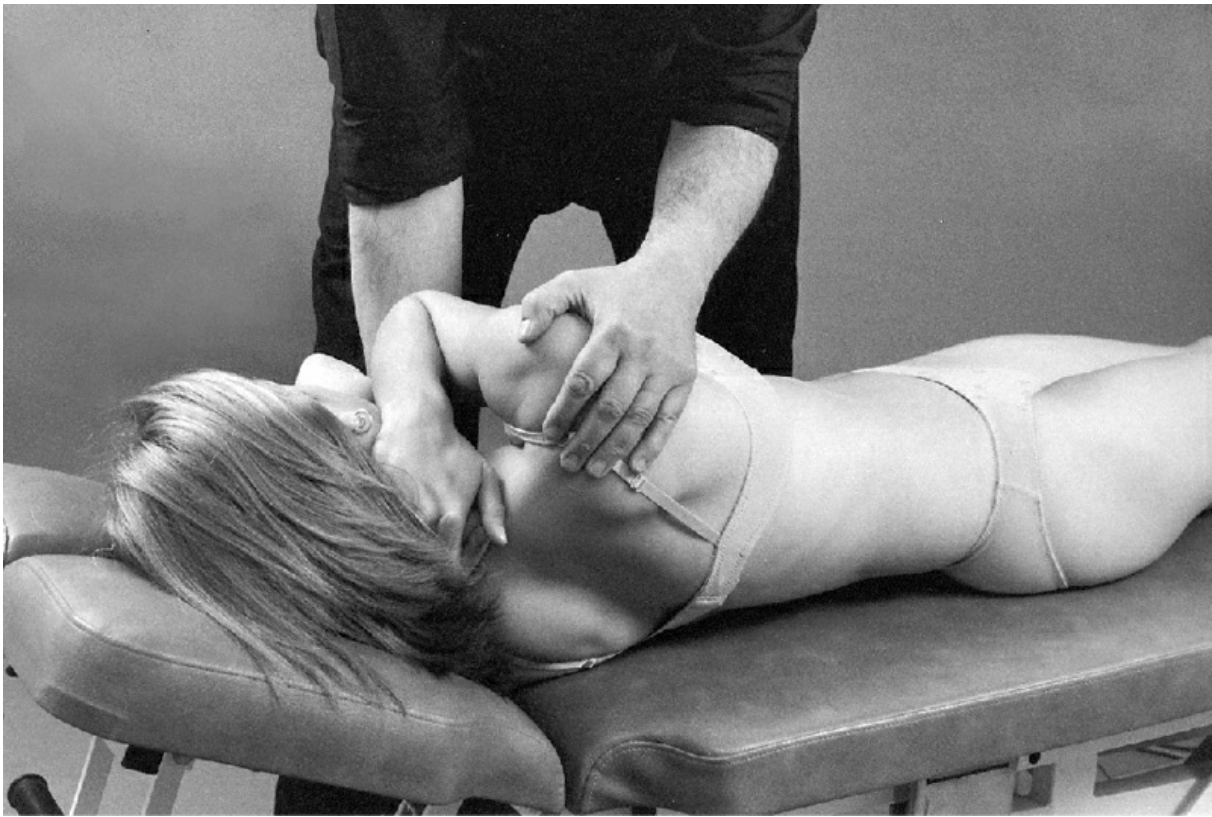


FIG. 3.6 Mise en place du levier supérieur, 2^e temps

La figure ci-contre montre la mise en position du sujet en torsion gauche du tronc (de telle manière que le sujet regarde sur sa gauche).

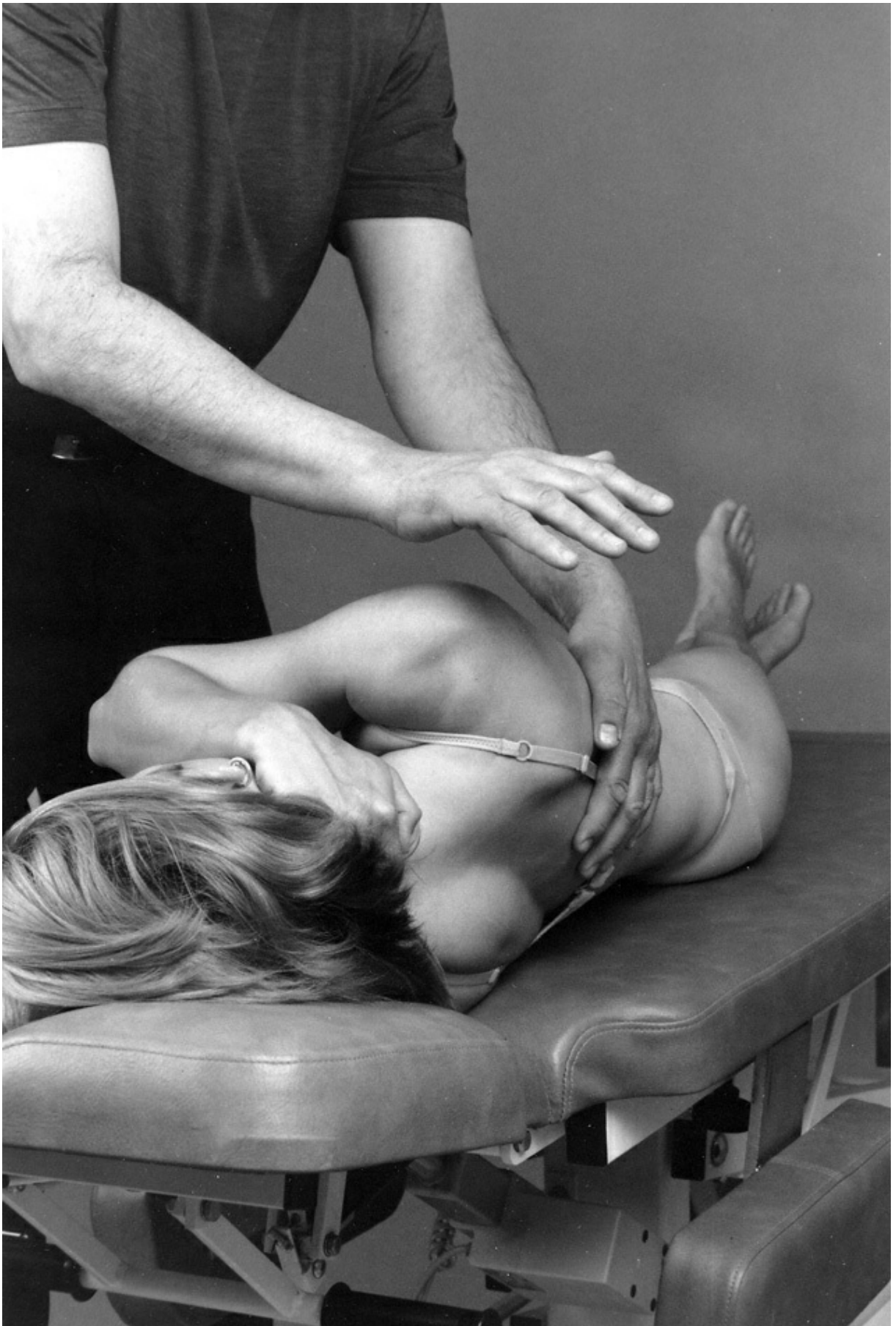
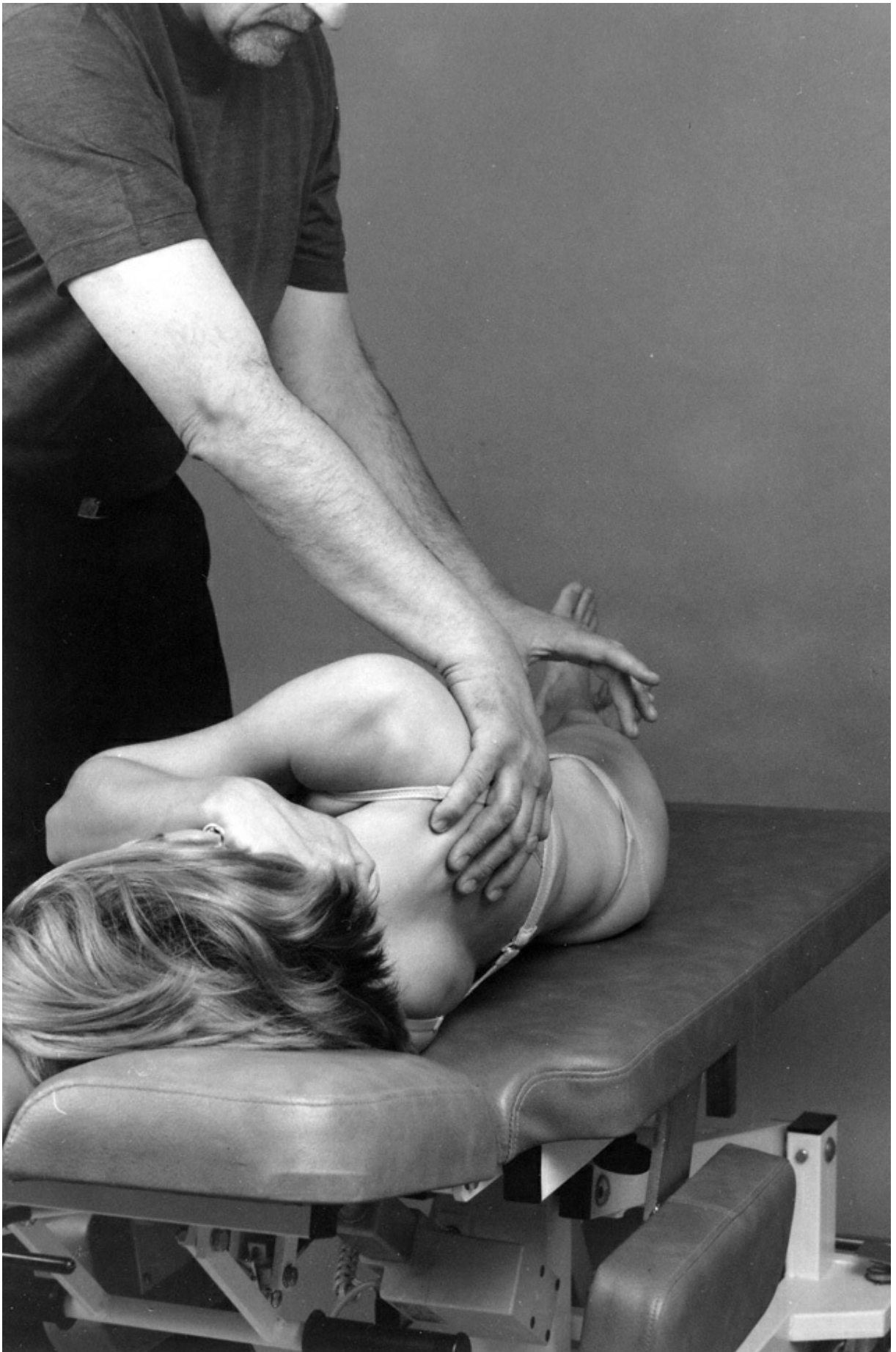


FIG. 3.7 Mise en place du levier supérieur, 3^e temps

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Le praticien maintient cette position (épaule gauche sur la table) à l'aide de sa main gauche placée sur l'épaule droite du sujet. La main droite du praticien s'apprête à prendre le relais de la main gauche sur l'épaule droite du sujet.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.8 Mise en place des paramètres, phase 3

Sur la figure ci-contre la main droite du sujet s'est substituée à sa main gauche pour le maintien du levier supérieur dans sa position de torsion à gauche.

Noter également sur cette figure la position de la main gauche du praticien qui s'apprête à se positionner sur l'EIAS droite et la partie antérieure de la crête iliaque de l'ilium droit du sujet.

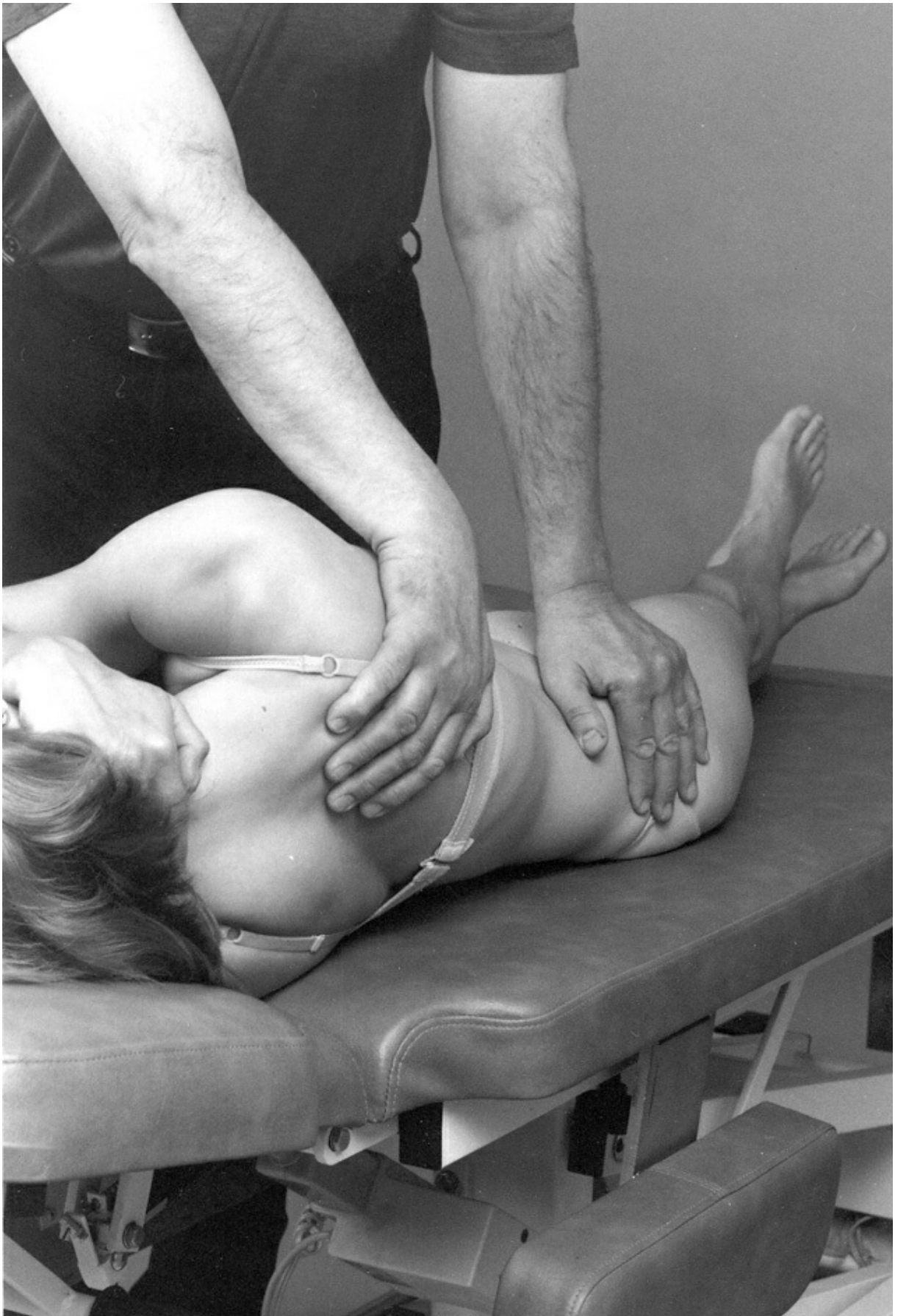
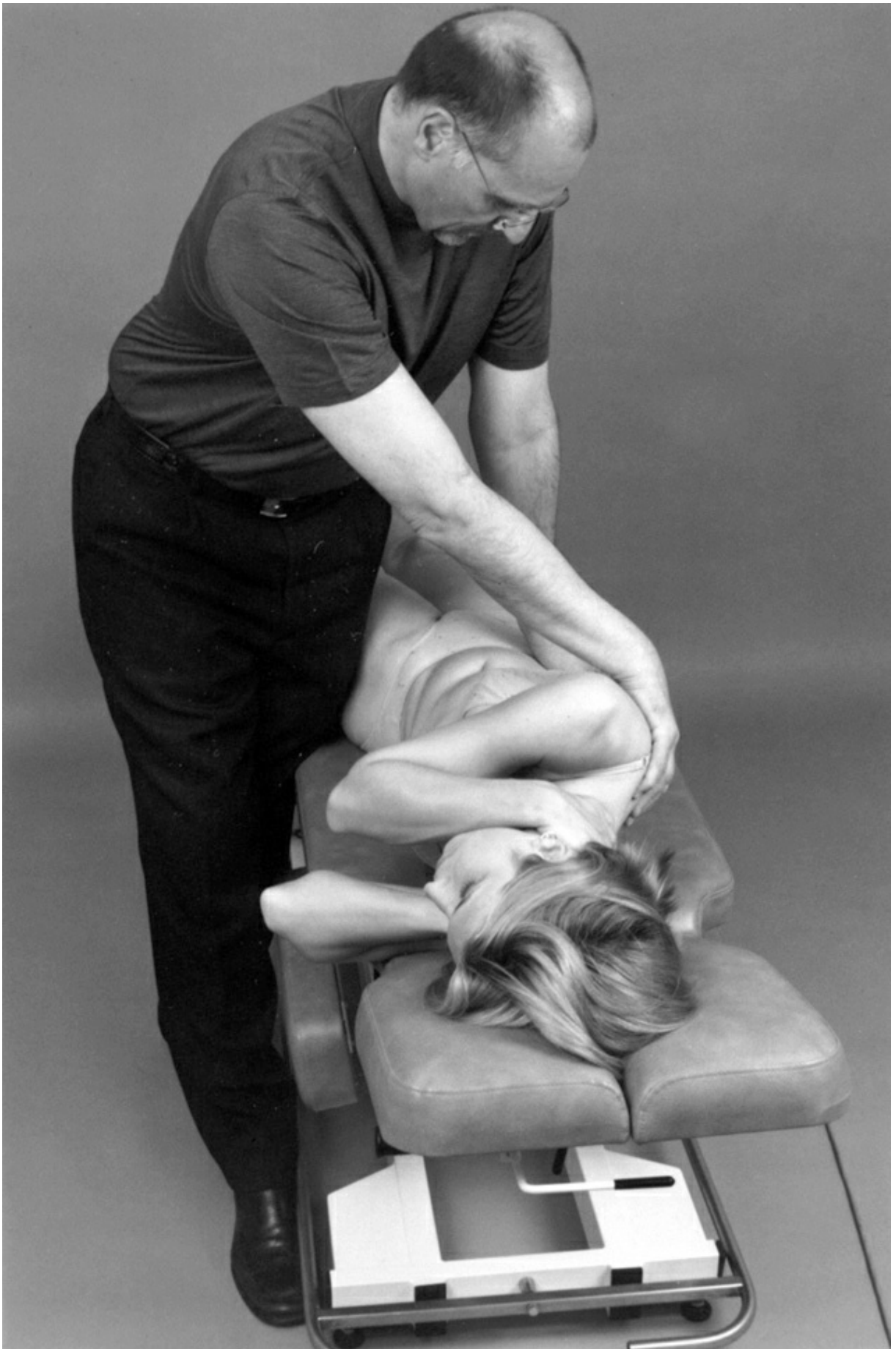


FIG. 3.9 Mise en place des paramètres, phase 4

Tout en maintenant le sujet en torsion gauche du tronc à l'aide de sa main droite, le praticien place sa main gauche au contact de l'EIAS et de la partie antérieure de l'ilium droit du sujet et va amener, dans un deuxième temps, son épaule gauche à l'aplomb de l'articulation sacro-iliaque en réalisant une torsion de son propre bassin (voir [fig. 3.11](#) et [3.12](#)).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.10 Mise en place des paramètres
Vue sous un autre angle

Vue sous un autre angle de la mise en place des paramètres, permettant notamment de voir la position particulière du corps du praticien.

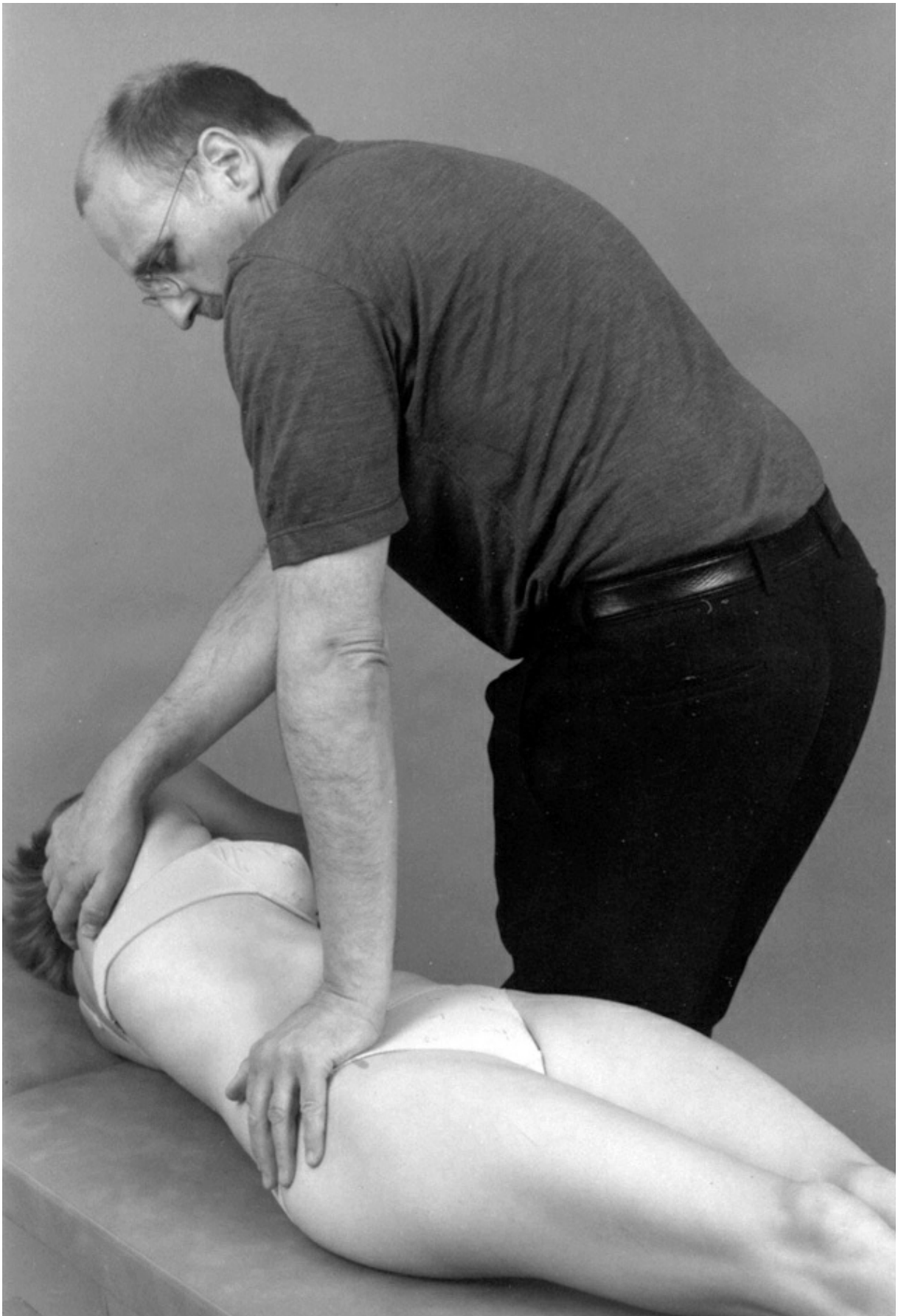
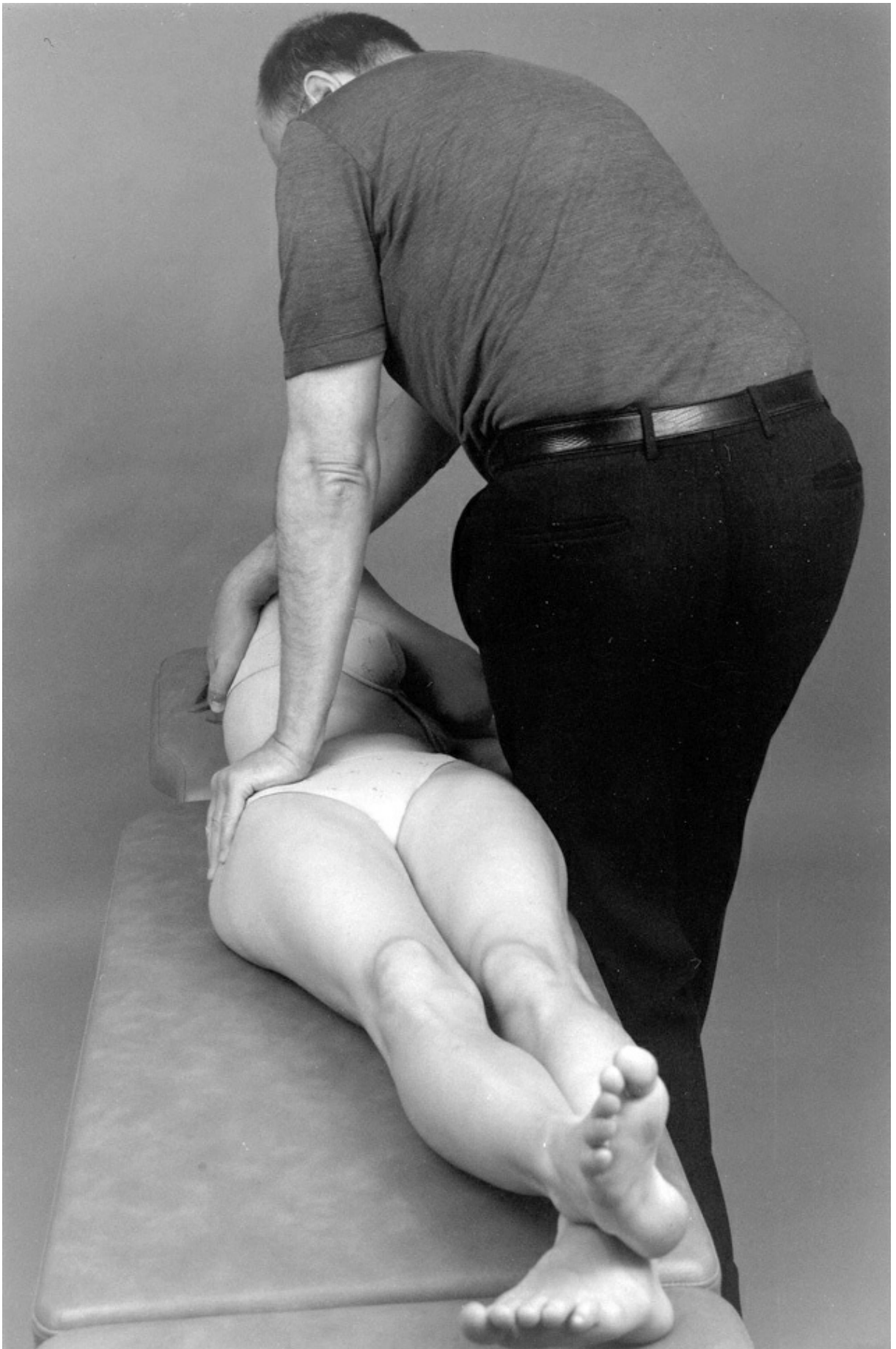


FIG. 3.11 Réduction

Noter bien sur cette figure :

- la position de la hanche gauche du praticien qui s'est avancée ;
- l'abaissement de son épaule gauche ;
- la mise en extension de son coude gauche ainsi que la pronation de sa main gauche. Dans le même temps le praticien maintient, avec la main droite, l'épaule droite du sujet.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.12 Réduction
Vue sous un autre angle

Cette figure montre une vue postérieure de la position du praticien. Noter également la position particulière des membres inférieurs du sujet, dont l'extrémité distale a été amenée près du bord gauche de la table de manière à obtenir une ouverture optimale de l'articulation sacro-iliaque.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

- Il faut se mettre à l'aplomb du petit bras droit de l'articulation, et pour ce faire il faut avoir placé le sujet tout près du bord de la table contre le praticien.
- Le mouvement part du moignon de l'épaule gauche du sujet qui avance et s'abaisse en même temps que le praticien effectue une avancée de sa hanche gauche.
- L'avancée et l'abaissement du moignon de l'épaule gauche du sujet entraînent une rotation médiale (interne) de l'épaule et une pronation de l'avant-bras.

Rôle de la main droite

Elle sert à la mise en place du levier supérieur, et participe à l'enroulement du rachis afin de focaliser la technique sur l'articulation sacro-iliaque. Ce mouvement d'enroulement du rachis doit s'arrêter lorsque le praticien perçoit au niveau de sa main gauche, placée sur l'ilium, le mouvement induit par la main droite.

Remarque : Attention, ce n'est pas un couple de force que le praticien met en place : la main droite du praticien ne fait que fixer la mise en place du levier supérieur.

Impulsion

L'impulsion est portée par le praticien sur la fin du temps expiratoire du cycle ventilatoire du sujet.

Technique de réduction 2

Technique du volant en lumbaroll à l'aide des avant-bras du

praticien

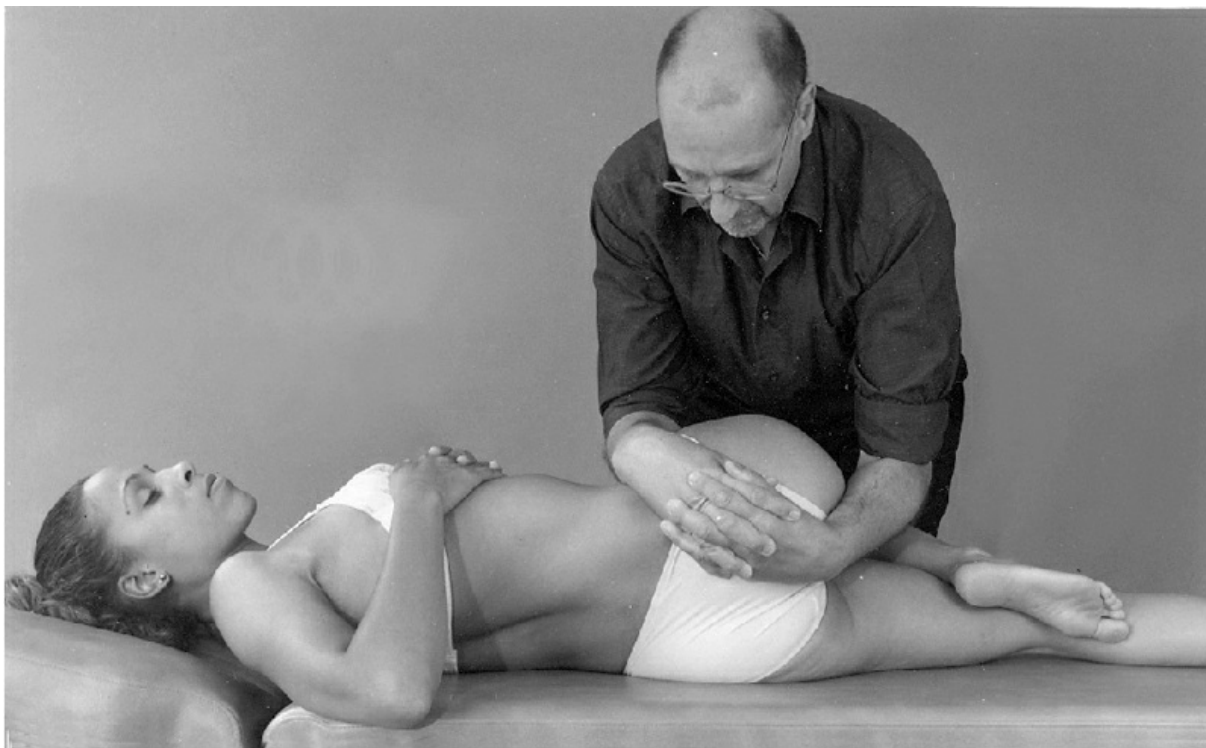


FIG. 3.13 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en décubitus controlatéral, le membre inférieur qui doit être traité est en triple flexion (flexion de hanche, de genou, et flexion plantaire de cheville), reposant en partie sur l'autre membre inférieur, lui-même en triple flexion (de hanche, de genou et de cheville), pour une bonne stabilité sur la table. Les deux épaules du sujet étant au contact de la table, le tronc du sujet est donc placé en torsion. Le praticien enserre l'os coxal à l'aide de ses avant-bras et croise les doigts de ses deux mains afin de stabiliser l'ensemble de la prise.

Avant-bras gauche du praticien : il est placé sur la tubérosité ischiatique du sujet en prenant soin de prendre « un crédit de peau ». Le contact idéal avec cette structure osseuse devrait se faire par l'intermédiaire du muscle rond pronateur ou tout au moins avec les muscles de la face antérieure de l'avant-bras.

Avant-bras droit du praticien : il faut essayer le plus possible de placer l'EIAS dans la masse musculaire de la face antérieure de l'avant-bras du praticien.

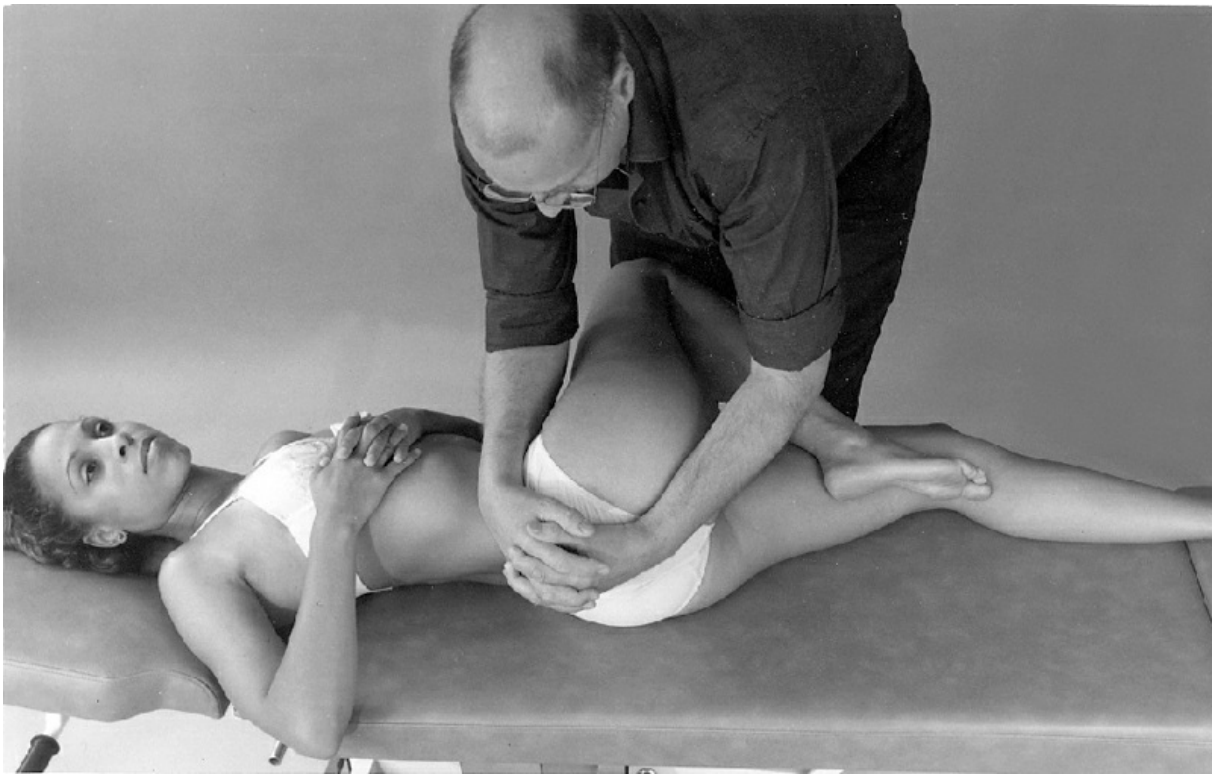


FIG. 3.14 Position du sujet et du praticien

Ce qu'il est important de retenir, pour la réalisation de la technique, c'est la parfaite coordination qui doit exister entre le mouvement effectué par le membre inférieur gauche du praticien et le mouvement effectué par son avant-bras gauche. Noter la position du praticien par rapport au sujet au départ du mouvement.



FIG. 3.15 Réduction

La cuisse gauche du praticien amène la hanche droite du sujet en flexion alors que sa cuisse droite pousse légèrement la cuisse droite du sujet vers l'arrière pour bien fixer la tête fémorale dans le cotyle. La figure ci-contre montre la fin du mouvement correctif de l'ilium, c'est-à-dire en postériorité.

Remarque : Les mains du praticien étant positionnées comme décrit précédemment, il est important de préciser que l'essentiel du mouvement effectuant la technique se passe au niveau des genoux du praticien.



FIG. 3.16 Réduction
Vue sous un autre angle

Noter la position « d'arrivée » du praticien par rapport au sujet, en la comparant avec la [figure 3.14](#). C'est la synergie entre le mouvement de l'avant-bras droit du praticien et celui de son genou droit qui est très importante, car c'est elle qui va faire reculer l'ilium.

Remarque : Noter la position des épaules du praticien qui sont perpendiculaires à celles du sujet en fin de mouvement.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Il faut introduire un paramètre de légère traction vers le « plafond » par une rotation latérale (externe) des deux épaules du praticien, associée à une supination de ses avant-bras (afin de décompresser légèrement l'articulation sacro-iliaque droite).

Actions du praticien et du patient

Le mouvement va se faire vers l'arrière avec la participation du sujet.

- Dans un premier temps, le praticien se tourne vers sa gauche en postériorisant l'ilium. Il demande au sujet de tourner son visage à droite, et de plaquer son épaule droite sur la table.

- En même temps que le sujet se tourne ainsi vers sa droite, le praticien lui demande d'exécuter une inspiration laquelle augmente la dysfonction, c'est-à-dire l'antériorisation de l'ilium.
- Dans un deuxième temps, il demande au sujet de bloquer sa respiration en inspiration ; au cours de cette apnée inspiratoire, le praticien met les structures en tension dans le sens de la correction, c'est-à-dire vers la postériorisation de l'ilium.
- Dans un troisième temps, le praticien demande au sujet de reprendre sa respiration, et maintient ce qu'il a gagné en amplitude dans le sens de la correction.

Ce cycle doit être répété trois à quatre fois en maintenant ce qui a été gagné.

Remarque : Si le sujet ne comprend pas le mouvement, le praticien lui demande de lordoser légèrement son rachis lombaire en même temps qu'il inspire.

Mobilisation avec impulsion

Le praticien doit mettre en place une légère compression au sein de l'articulation sacro-iliaque droite, afin d'inhiber le système proprioceptif du complexe capsulo-ligamentaire de l'articulation concernée. Le praticien remonte l'ensemble du levier inférieur droit dans l'axe du grand bras de l'articulation sacro-iliaque droite et porte une impulsion brève et sèche dans l'axe du petit bras droit de cette même articulation dans le but de postérioriser l'ilium.

Remarque : L'important dans cette manipulation est de ramener le sujet vers l'arrière, de manière à ce que sa cuisse puisse être parallèle à la table pour être le plus possible dans l'axe du « petit bras » droit de l'articulation sacro-iliaque.

Technique de réduction 3

Technique du volant en lumbaroll à l'aide des mains du praticien

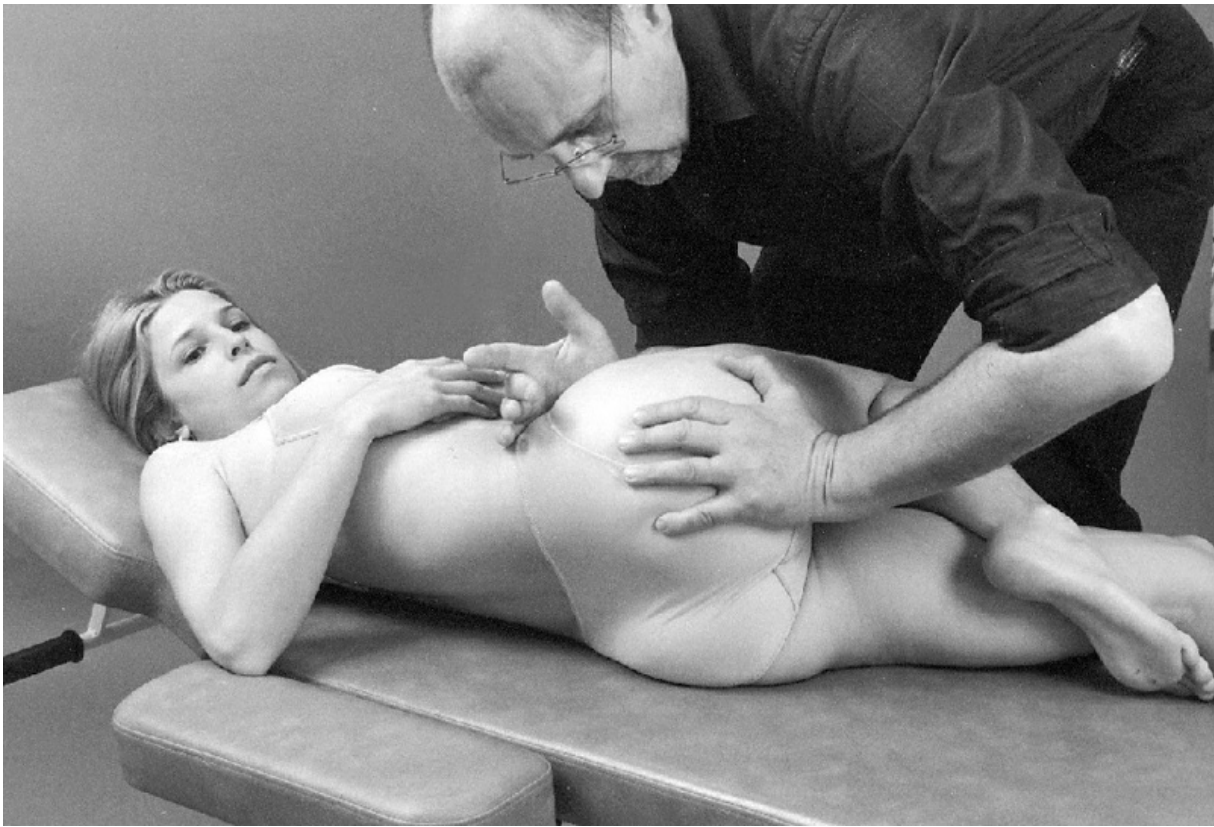


FIG. 3.17 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en lumbaroll, en torsion gauche. Le praticien place sa main droite sur l'EIAS droite du sujet, la main gauche se place en regard de la tubérosité ischiatique. Le genou droit du sujet peut être placé entre les cuisses du praticien comme sur la figure ci-contre, ou bien reposer, par l'intermédiaire de sa jambe droite, sur la cuisse droite du praticien.

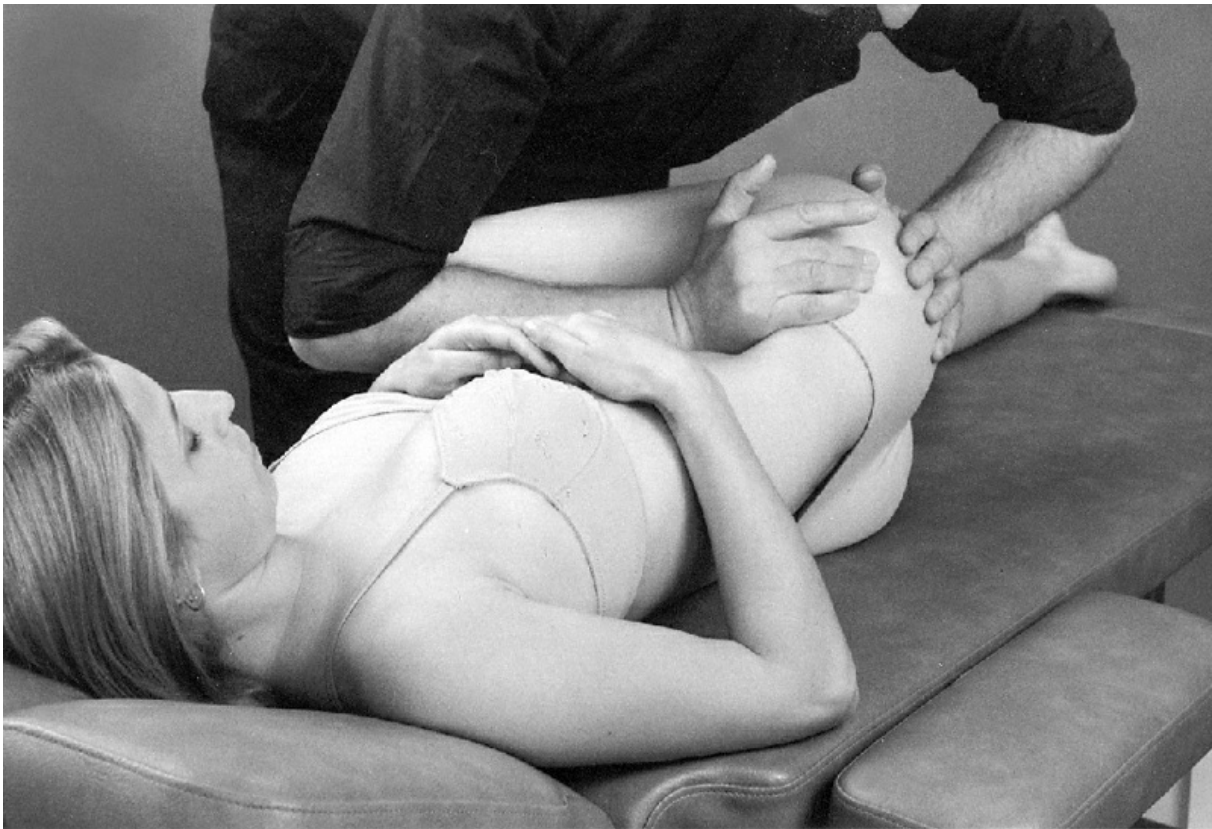


FIG. 3.18 Mise en place des paramètres
Mobilisation avec impulsion

Action de la main droite

Elle agit sur le petit bras droit de l'auricule droite de l'articulation sacro-iliaque droite, en poussant dans l'axe de ce dernier d'avant en arrière, et en réalisant un léger étirement de haut en bas.

Action de la main gauche

Elle agit sur le grand bras droit de l'auricule droite de l'articulation sacro-iliaque droite par l'intermédiaire d'une supination et d'une extension du poignet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Pour la technique de réduction, le praticien doit utiliser l'ensemble de son corps au moment où il porte l'impulsion à l'aide de ses deux mains qui « dévissent » l'os coxal, en tractant de haut en bas, pour se placer dans le petit bras de l'articulation sacro-iliaque. Il doit accompagner ce mouvement à

l'aide de tout son corps par une rotation de droite à gauche de son bassin qu'il va amener à l'aide de sa cuisse droite une flexion de la hanche droite du sujet.

Technique de réduction 4

Technique du volant en lumbaroll à l'aide des mains et du tronc du praticien

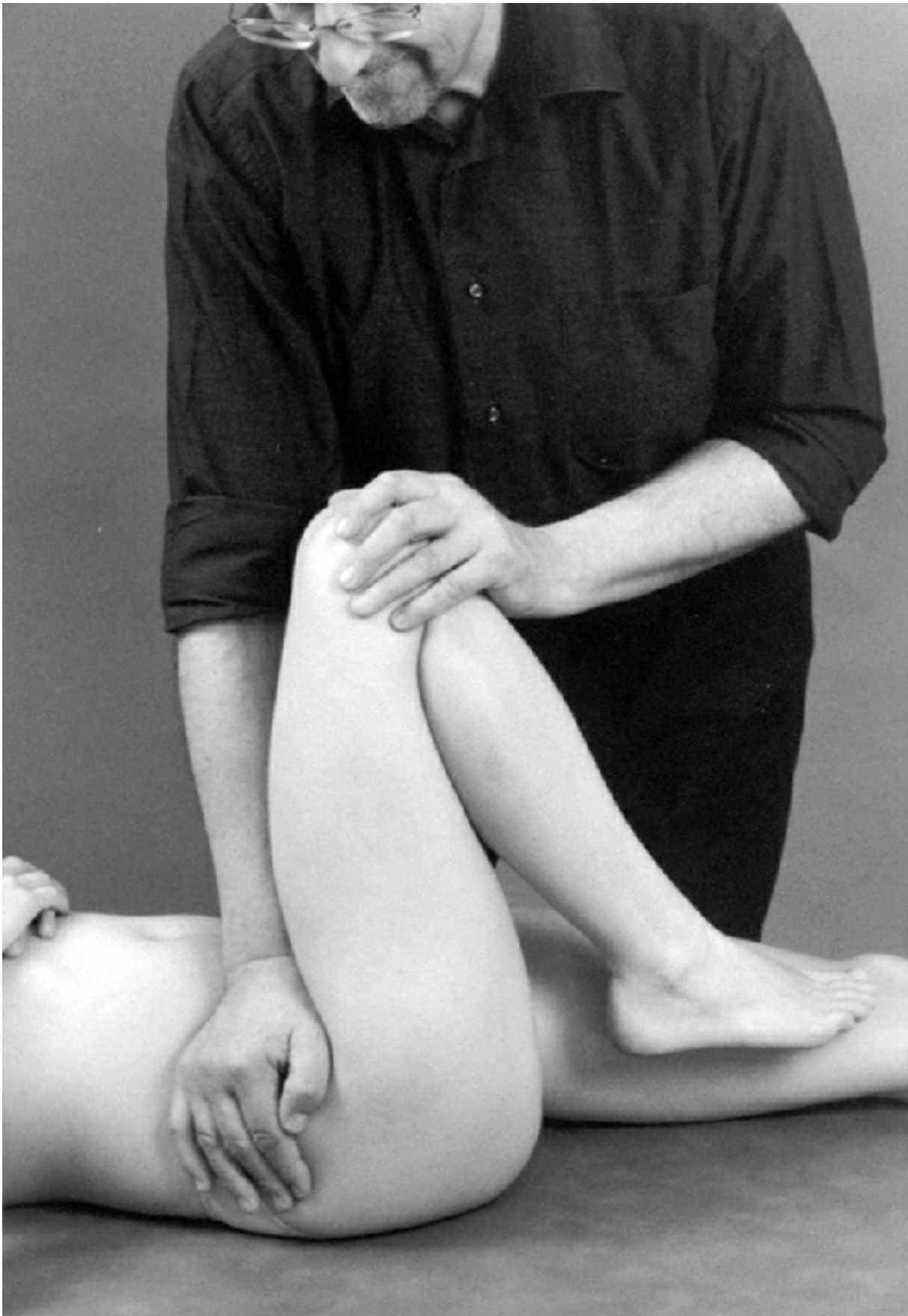


FIG. 3.19 Position du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est en décubitus, le membre inférieur droit est amené en triple flexion par la main gauche du praticien. La main droite de ce dernier se positionne au contact de l'EIAS droite du sujet.



FIG. 3.20 Mise en place des paramètres, phase 2

Le praticien cale le genou droit du sujet entre son hémithorax droit et la face médiale (interne) de son bras droit. Sa main droite reste au contact de l'EIAS droite du sujet et sa main gauche s'apprête à se placer au contact de la tubérosité ischiatique droite.

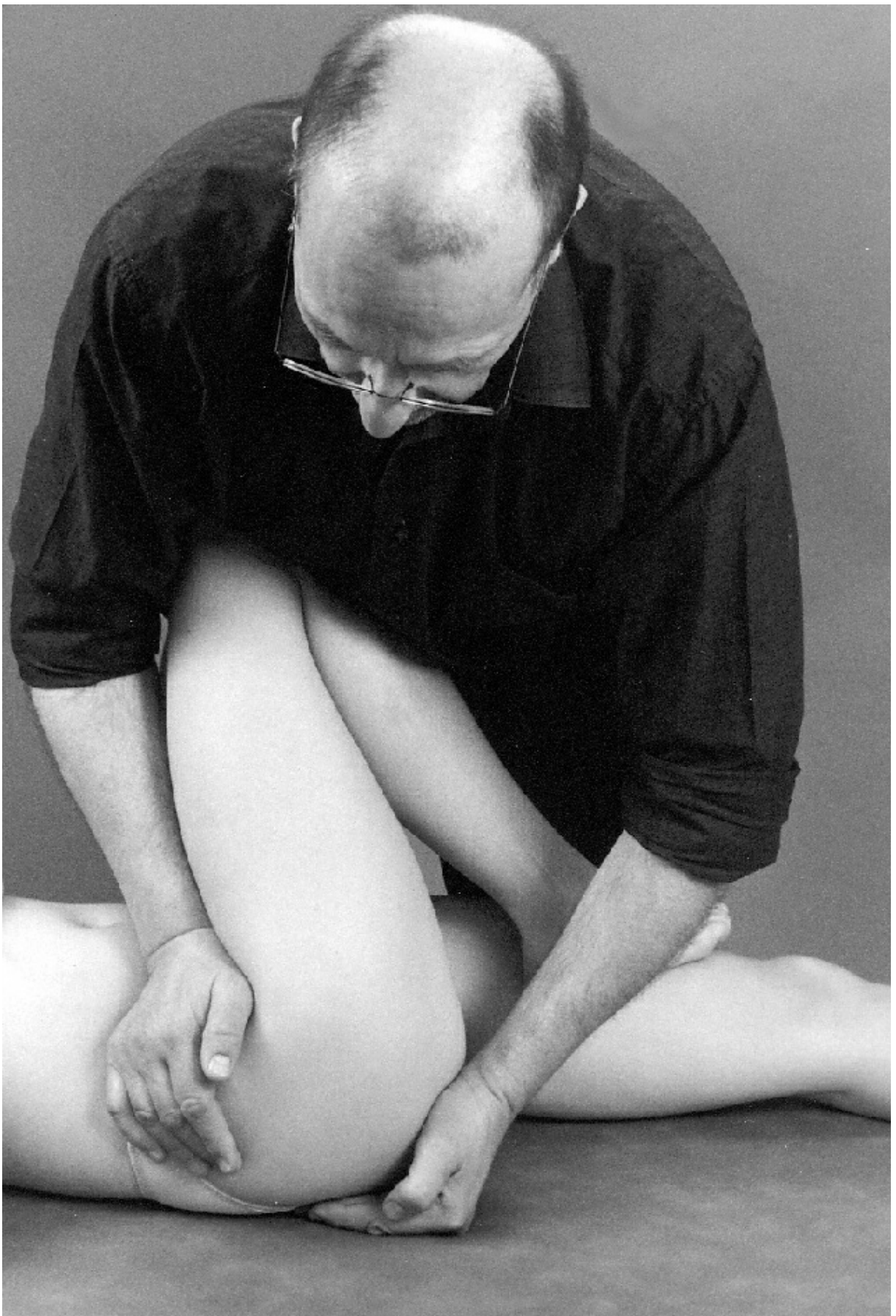


FIG. 3.21 Mise en place des paramètres, phase 3

Sur la figure ci-contre on voit que le talon de la main gauche du praticien est venu se positionner sur la tubérosité ischiatique du sujet entre les éminences thénar et hypothénar.

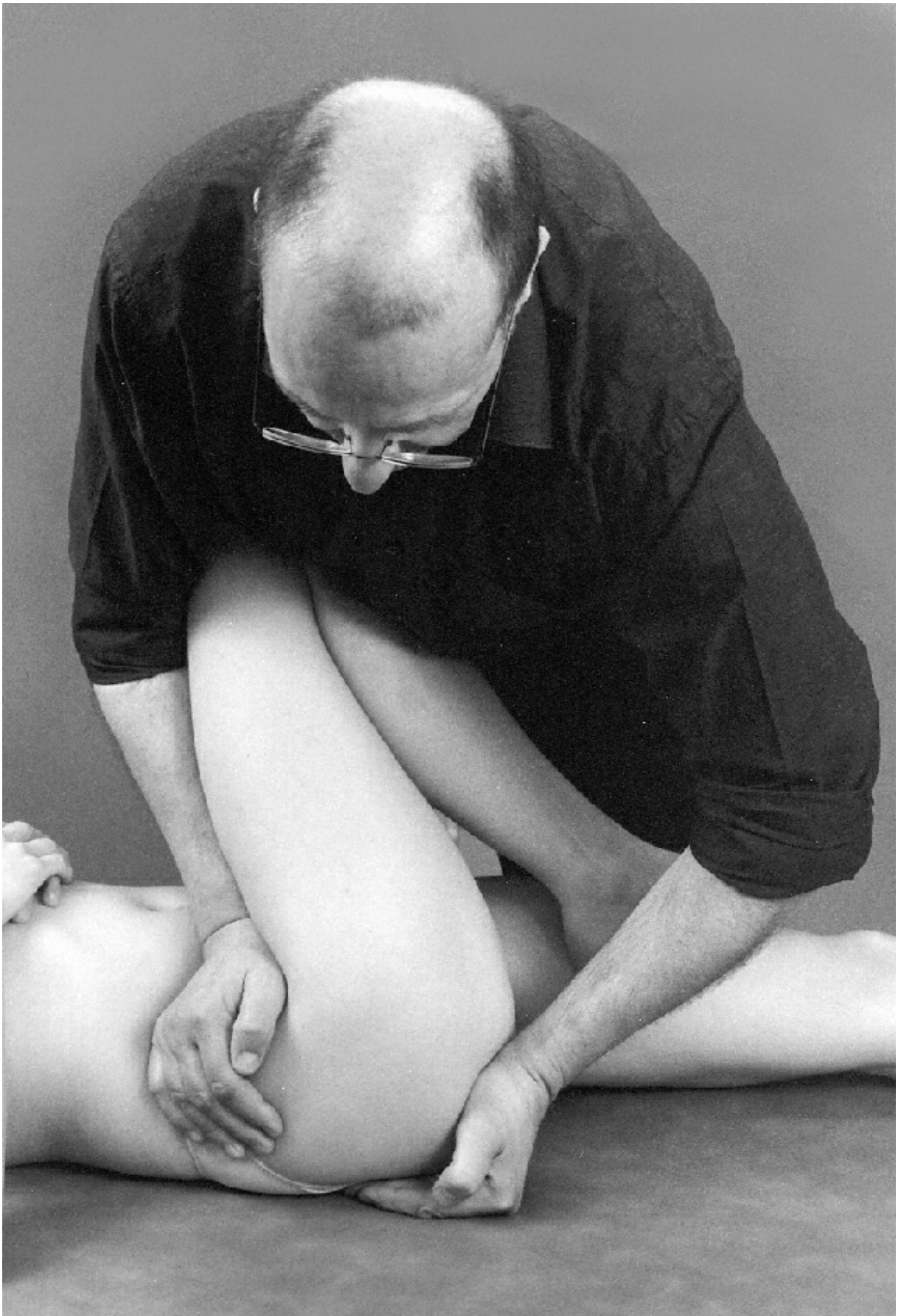


FIG. 3.22 Réduction, 1^{er} temps

Le talon de la main gauche du praticien, placé au contact de la tubérosité ischiatique, pousse en direction crâniale, alors que sa main droite, placée au contact de l'EIAS droite, pousse en direction de la table.

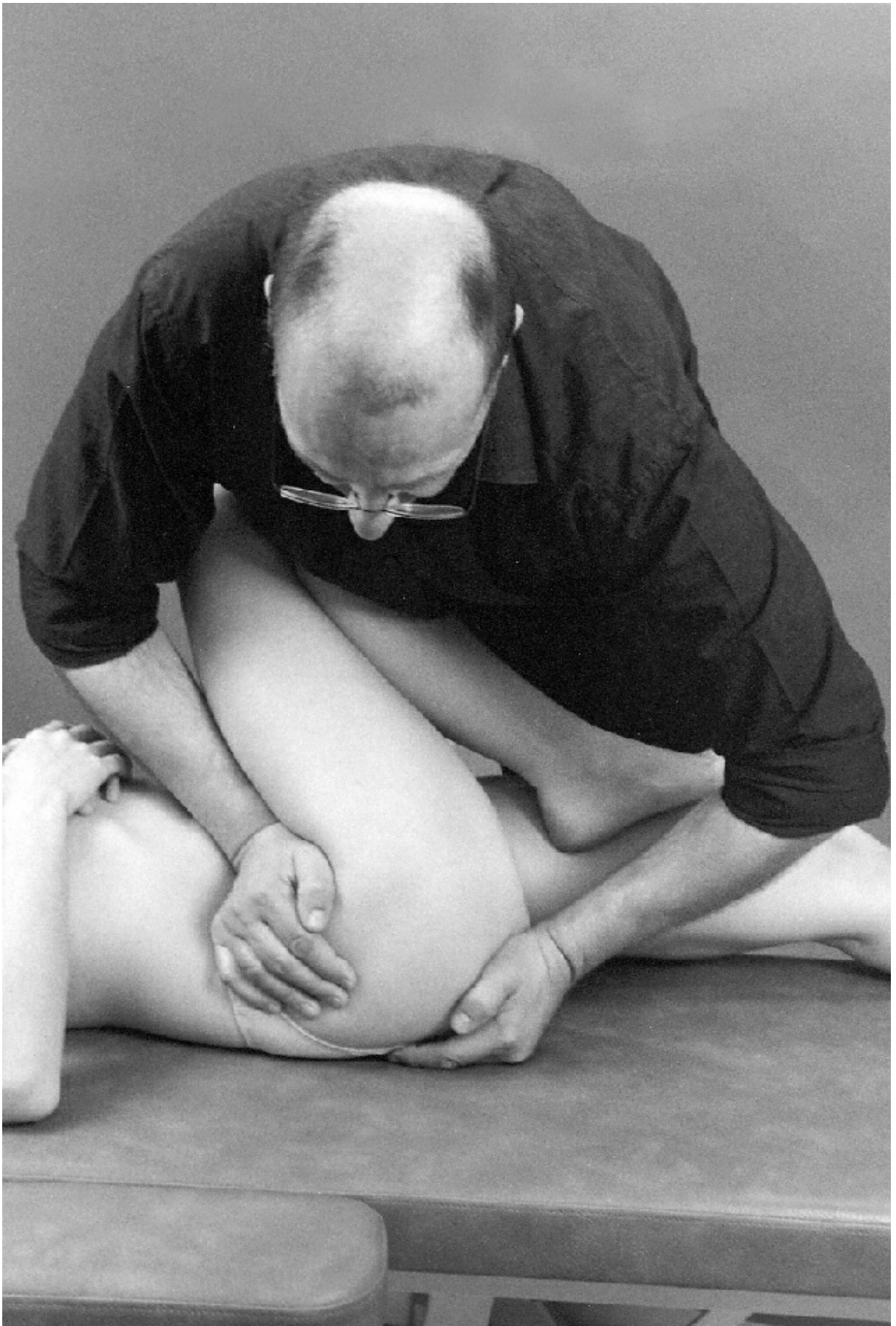


FIG. 3.23 Réduction, 2^e temps

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Le praticien, en même temps qu'il amène une flexion de la hanche droite du sujet, exécute de légers mouvements d'abdo-adduction de la cuisse droite du sujet afin de réaliser une ouverture postérieure de l'articulation sacro-iliaque dans le but de trouver le « passage » qui permettra une mobilisation optimale.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

- La main droite du praticien, au contact de l'EIAS droite du sujet, pousse en direction de la table.
- Dans un deuxième temps, on demande au sujet de pousser à l'aide de son genou contre l'hémithorax du praticien.
- Demander ensuite au sujet de relâcher sa contraction ; pendant cette phase, le praticien pousse à l'aide de sa main droite en direction de la table, en utilisant le couple de force formé par ses deux mains.
- Il est inutile, pendant la phase de relâchement du contracter-relâcher, d'augmenter la flexion de hanche du sujet pour postérioriser l'ilium : cela n'aurait pas l'effet escompté, notamment chez les sujets souples.

Technique de réduction 5

Position de départ du sujet en lumbaroll



FIG. 3.24 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en décubitus dorsal, les deux épaules sont au contact de la table (le but étant de bien fixer le levier supérieur). Le tronc est en torsion gauche, de telle manière que le membre inférieur à traiter se trouve en triple flexion de hanche, de genou, et en flexion plantaire du pied. Le genou droit du sujet vient se caler entre les cuisses du praticien.

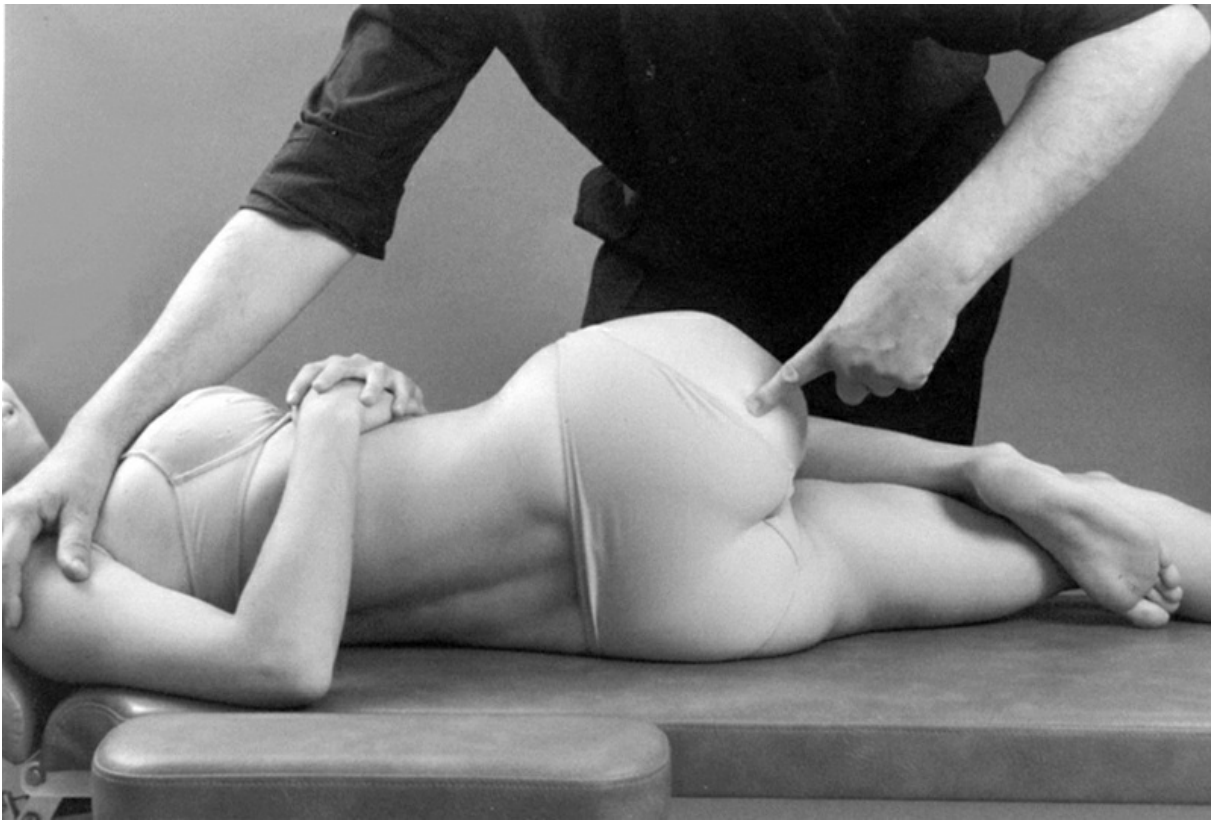


FIG. 3.25 Mise en place des paramètres, phase 1

L'index gauche du praticien désigne la tubérosité ischiatique où doit se placer la main gauche du praticien.



FIG. 3.26 Mise en place des paramètres, phase 2

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

La main droite du praticien se pose sur l'épaule droite du sujet ; sa main gauche se positionne au contact de la tubérosité ischiatique de l'ilium à traiter.

Remarque : Il n'est pas obligatoire que la main droite du praticien se saisisse de l'épaule droite du sujet, comme c'est le cas sur la figure ci-contre : cela dépend de la morphologie du sujet et de celle du praticien.



FIG. 3.27 Mise en place des paramètres, phase 3

Au départ du mouvement le coude du praticien est éloigné du corps.

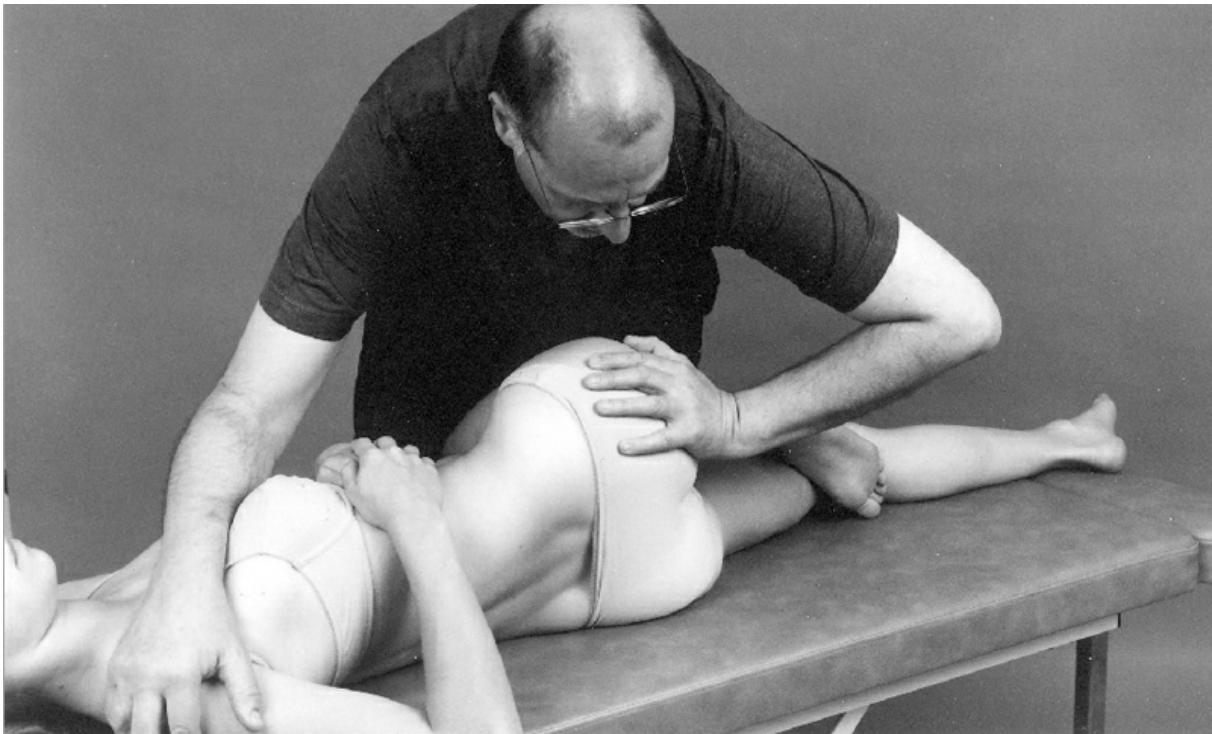


FIG. 3.28 Mise en place des paramètres
Vue sous un autre angle

Autre angle de vue permettant de bien visualiser la position du sujet en lumbaroll ainsi que les positionnements respectifs des mains droite et gauche du praticien.

Remarquer le coude du praticien qui est très écarté de son propre corps.

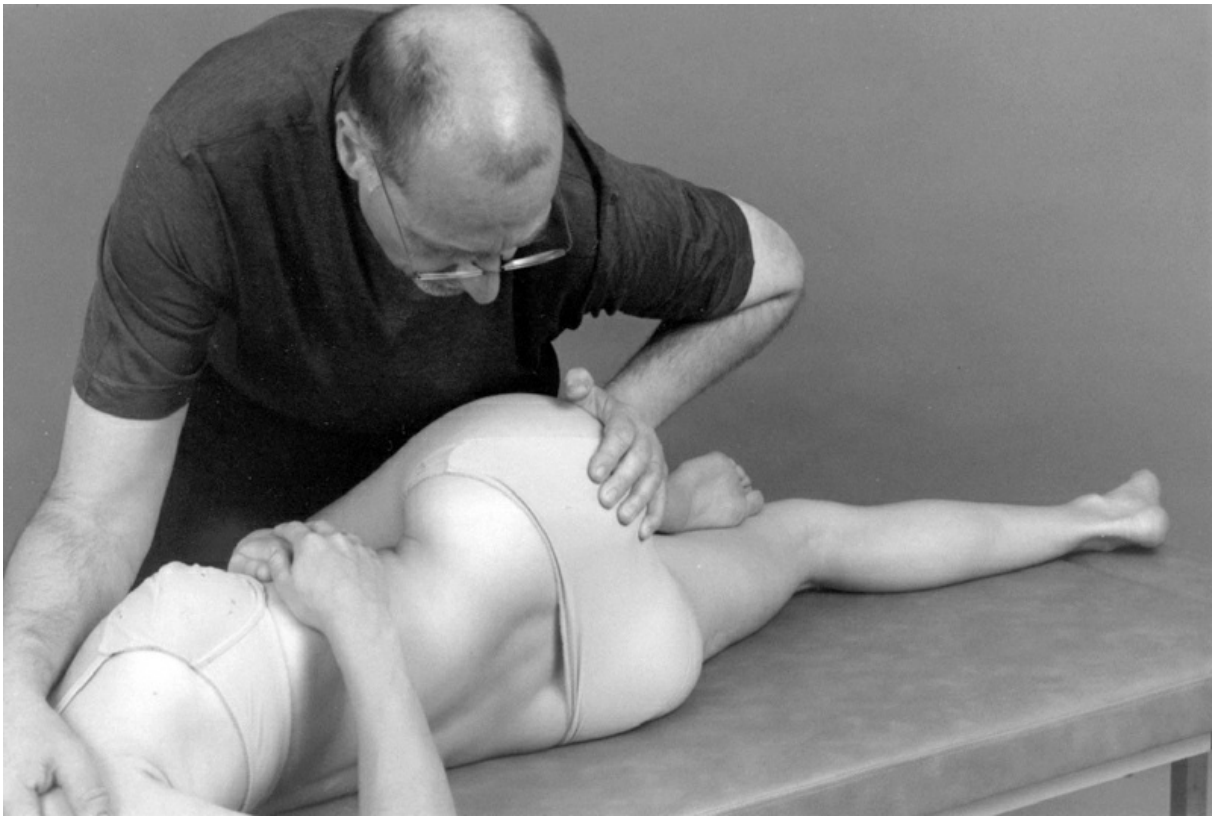


FIG. 3.29 Mise en tension, phase 1

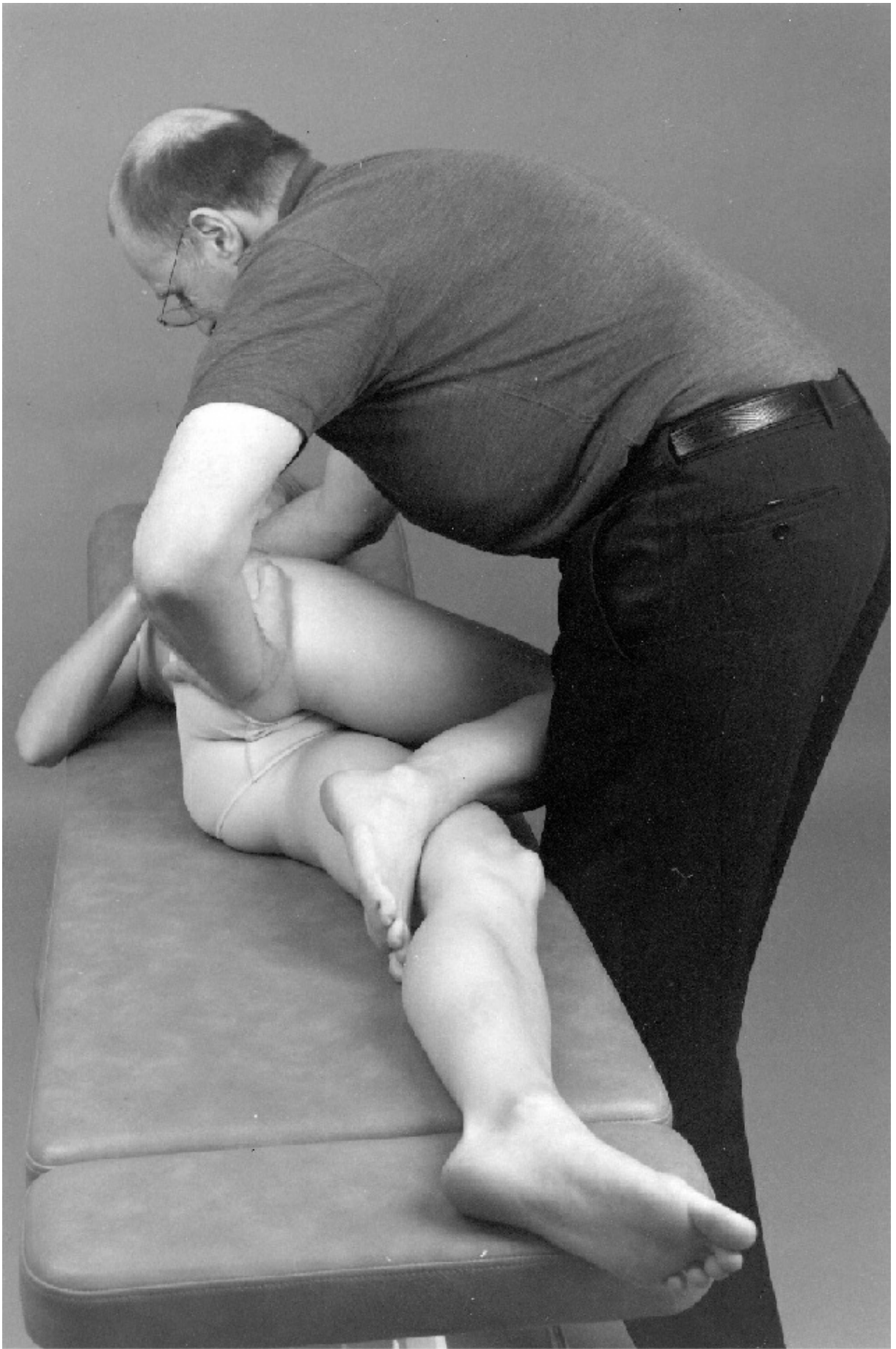
La première phase de la mise en tension consiste à ramener le coude du praticien vers son propre corps en réalisant une supination de l'avant-bras et une rotation latérale de l'épaule gauche, de telle manière que l'espace compris entre les éminences thénar et hypothénar vienne se placer au contact de la tubérosité ischiatique.



FIG. 3.30 Mise en tension, phase 2

Au cours de cette deuxième phase de mise en tension, il faut réaliser simultanément deux choses :

- à l'aide de sa main gauche le praticien pousse vers l'épaule droite du sujet (au niveau articulaire l'action se passe dans le « grand bras » de l'articulation sacro-iliaque) ;
- à l'aide de son genou gauche (ou de sa cuisse gauche), le praticien augmente la flexion de la hanche droite du sujet (voir [fig. 3.31](#)).

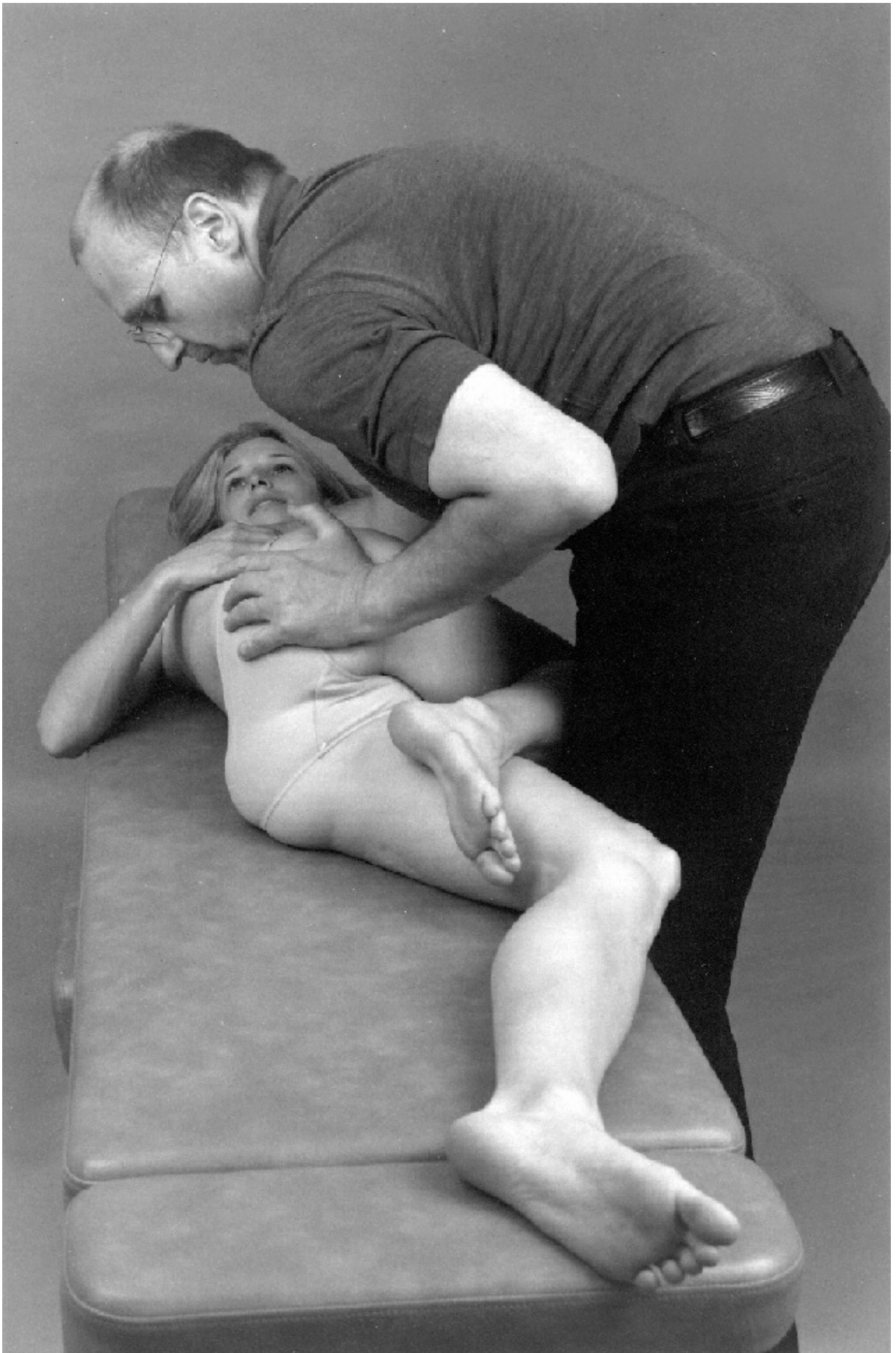


*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.31 Mise en tension
Vue sous un autre angle

La figure ci-contre montre la technique de réduction vue sous un autre angle ; noter bien, au départ de la mobilisation avec impulsion, la position du coude du praticien, très éloigné de son propre corps.

Cet angle de vue permet de mieux comprendre l'action de la cuisse gauche du praticien qui « pousse » la hanche du sujet en flexion dans le même temps que la poussée de la main gauche du praticien sur la tubérosité ischiatique se fait en direction de l'épaule droite du sujet (voir [fig. 3.30](#)).



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.32 Mobilisation avec impulsion, 1^{er} temps

Sur cette figure on note, lors de la deuxième phase de la mise en tension de la technique de réduction, la position du coude du praticien qui a été ramené près de son propre corps. Noter également la position de sa main gauche, qui passe d'une position de pronation à une position de supination.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 3.33 Mobilisation avec impulsion, 2^e temps

Dès que les différents paramètres ont été mis en place (prendre garde à ce que l'avant-bras du praticien se trouve bien dans l'axe du grand bras droit de l'articulation sacro-iliaque droite du sujet), le praticien augmente la mise en tension au niveau des différents paramètres mis en place et pousse à l'aide de sa main gauche, de manière à porter l'impulsion brève et sèche au sein du petit bras droit de l'articulation sacro-iliaque (voir *Pour une réduction optimale* ci-dessous).

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Ne pas oublier que la main gauche du praticien, placée préalablement en pronation sur la tubérosité ischiatique du sujet, se termine en supination par un « ramener » de bras du praticien contre son corps. C'est une « vrille » qu'exécute le praticien à l'aide de sa main gauche. Cette vrille est accompagnée d'une flexion de la hanche droite du sujet par l'intermédiaire de la cuisse gauche du praticien.

Important

Dès que la mise en tension a été obtenue, il ne faut plus jouer sur la flexion de hanche (qui ne permet pas de postérioriser, au sein de la technique, l'ilium). L'impulsion est portée par le praticien sur la fin du temps expiratoire du cycle ventilatoire du sujet.

Ilium postérieur

Définition

C'est un ilium qui « se déplace » en postériorité autour d'un axe central passant par la tête fémorale.

Remarque : Les mouvements de l'articulation sacro-iliaque sont quantitativement de faible importance mais qualitativement d'une très grande importance.

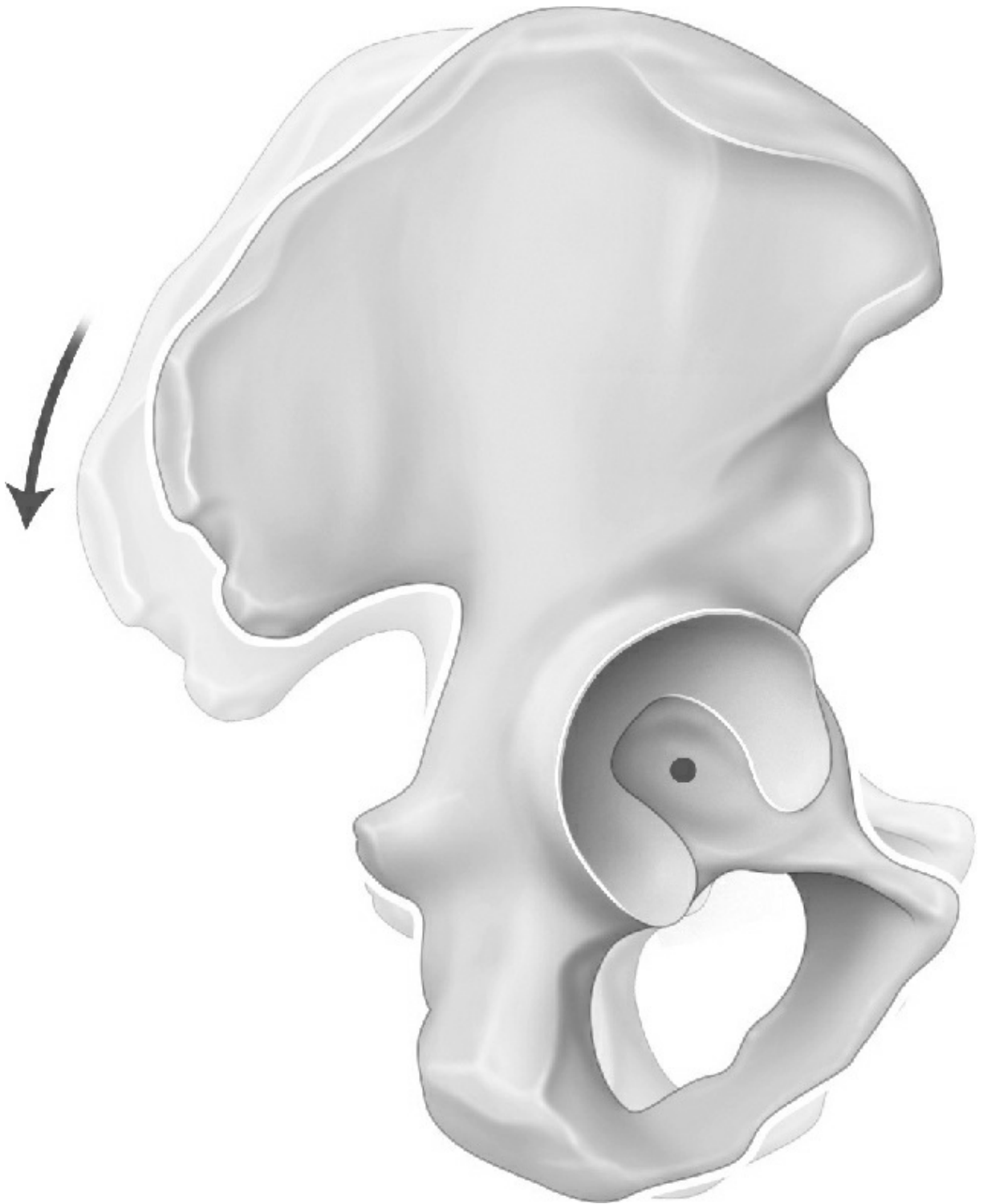


FIG. 3.34 Ilium postérieur

Diagnostic

Recherche du côté en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le TFD est positif à droite (puisque nous nous plaçons, arbitrairement, dans

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

le cadre d'un ilium postérieur droit).

Rappel : Le TFD permet de localiser le côté en dysfonction (droit ou gauche) et non le type de la dysfonction, c'est-à-dire la nature de la restriction de mobilité (ilium antérieur, postérieur, ouvert, fermé ou supérieur).

Positionnement de l'ilium dans l'espace (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. Dans le cadre que nous nous sommes fixé (ilium postérieur droit), l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) à droite est plus haute (en direction crâniale) par comparaison avec le côté gauche.

Recherche de la mobilité de l'ilium (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. Dans le cadre d'un ilium postérieur droit, le praticien empaume l'EIAS de l'ilium droit sur lequel il va effectuer le test. Il stabilise l'ilium gauche et il imprime un mouvement de compression au niveau de l'ilium droit dans l'axe du petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le praticien note lors de l'appui une plus grande résistance du côté en dysfonction, c'est-à-dire à droite, par comparaison avec l'autre côté. Il teste les qualités respectives de la résistance et de l'arrêt (ce qui donnera une indication sur l'intensité de l'impulsion à donner au cours de la mobilisation avec impulsion) en comparant avec le côté controlatéral. Il note également le degré de diminution de la mobilité du côté en dysfonction (c'est-à-dire à droite) toujours en comparant avec le côté opposé (voir le chapitre [Les tests](#), fig. 1.28 et 1.29).

Test du rebond sur l'ilium en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le praticien appuie sur l'ilium et apprécie la qualité du retour de ce dernier : si l'ilium droit est en dysfonction, la qualité du rebond est altérée (il ne revient pas complètement, et reste « bloqué » dans sa dysfonction) à comparer avec l'autre côté.

Recherche d'une éventuelle pathologie musculaire à la palpation : tensions, spasmes, contractures, enthésopathies

Palpation des insertions des muscles ischio-jambiers sur la tubérosité ischiatique, et des muscles droits de l'abdomen sur les branches symphysaires pubiennes, à la recherche de points douloureux. Palper également les corps musculaires de ces mêmes muscles à la recherche de points douloureux.

Le Downing (voir le chapitre [Les tests](#))

La jambe droite est faussement plus courte, et le test de Downing montre qu'il est possible de la raccourcir mais que l'on ne peut la rallonger.

Remarque : En plaçant le sujet en décubitus, et en amenant les deux membres inférieurs du sujet en triple flexion, pieds posés à plat sur la table, malléoles au contact, on constate que le genou appartenant au membre inférieur présentant un ilium postérieur est toujours plus haut situé que le genou controlatéral, alors que le membre inférieur est plus court de ce côté. Il est également situé dans un plan plus antérieur.

Causes

Causes directes

La plupart du temps ce type de dysfonction est adaptatif, mais il peut aussi être traumatique.

Causes secondaires

- Un ilium peut être en postériorité suite à une dysfonction sacrée primaire, par exemple suite à une torsion sacrée antérieure droite/droite.

Remarque : Le sujet « vit » avec cette restriction de mobilité (voir *À propos de l'examen clinique*, ci-dessous).

Peuvent en être cause, par exemple :

- la pose d'une valise dans le coffre d'une voiture avec une posture ergonomique inadaptée ;
- passer trop rapidement de la position assise à la position debout.

Dans les deux cas de figure, L5 peut « glisser » en arrière, et le sacrum se « positionner » en flexion avec une face antérieure qui regarde à droite avec pour corollaire une base gauche qui s'antériorise. La conséquence de cette cascade de dysfonctions adaptatives pourrait être un ilium qui se positionnerait en postériorité et y resterait.

Un ilium peut également être en postériorité suite à une inégalité anatomique des membres inférieurs.

Si nous prenons comme exemple un membre inférieur long anatomique à gauche, le bassin du sujet va compenser en « installant » sur son membre inférieur long un ilium postérieur gauche et un sacrum en torsion antérieure droite/droite.

À propos de l'examen clinique

Comme il est dit plus haut, l'ilium postérieur est le plus souvent adaptatif, mais il peut être aussi d'origine traumatique.

L'ilium postérieur d'origine traumatique

Le sujet a une douleur très nette ; il présente un flexum de hanche et une impotence fonctionnelle à la marche.

L'ilium adaptatif

Chacun d'entre nous « vit » avec un sacrum gauche/gauche ou droite/droite, sacrum qui s'est lui-même adapté à différents facteurs :

- le fait que l'on soit droitier ou gaucher ;
- les multiples contraintes que l'on fait subir au sacrum dans les activités quotidiennes :
 - rotations du rachis dans certaines activités ou certains postes de travail ;
 - les positions que chacun de nous peut prendre pendant son sommeil ;
 - la position assise jambes croisées, maintenue souvent de longues heures dans le cadre d'un certain nombre d'activités quotidiennes (de travail ou de loisirs).

Face à cette situation l'ilium doit s'adapter. S'il ne s'adapte pas et qu'il reste bloqué en postériorité, nous sommes face à deux possibilités :

- soit l'ilium se bloque sur la jambe d'appui, et cela ne présente pour le sujet qu'une simple gêne car la jambe d'appui a l'habitude de travailler en compression ;
- soit l'ilium se bloque sur la jambe « mobile », et cela représente pour le sujet un véritable handicap, c'est en général le sujet porteur de ce type de dysfonction qui consulte, car la douleur est vive.

À retenir avant réduction

Important

Il est très important chez les sujets porteurs de ce type de dysfonction d'identifier, avant de commencer le traitement, la jambe d'appui et la jambe mobile.

Dans le cas d'un ilium postérieur secondaire à une dysfonction primaire (suite à une torsion sacrée antérieure droite/droite ou suite à une inégalité anatomique des membres inférieurs), le praticien doit veiller à redonner à l'ilium en cause sa fonction compensatrice : dans ce cas précis, il s'agit de

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

posterioriser un ilium qui au départ est déjà postérieur, mais qui a perdu sa capacité compensatrice. Il faut donc recréer la compensation.

Technique de réduction 1

Mobilisation avec impulsion à l'aide de l'éminence hypothénar

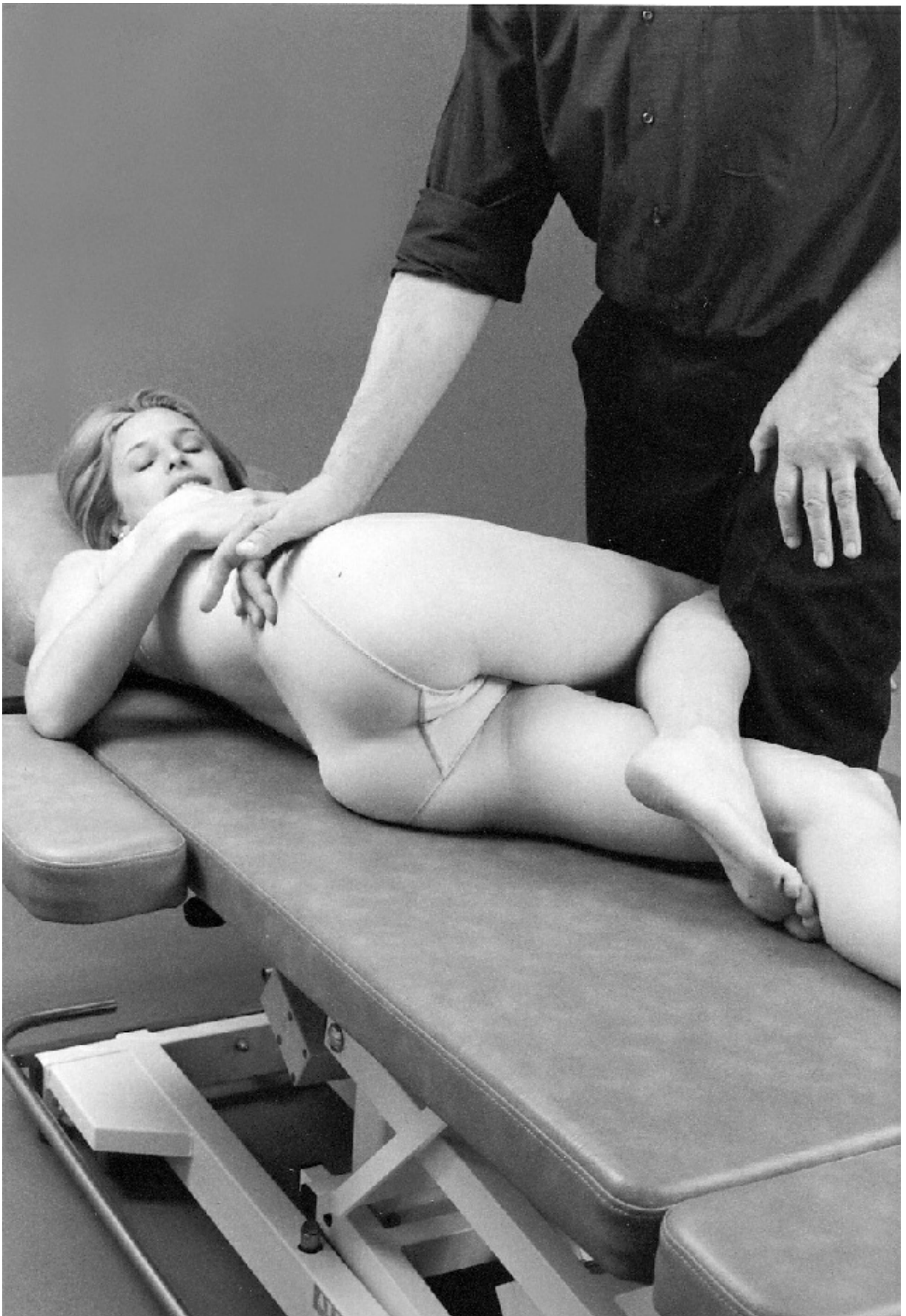


FIG. 3.35 Position du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll. Noter la position des jambes du praticien, dont les genoux – ou, selon sa morphologie vis-à-vis de celle du patient, les cuisses – viennent enserrer le genou droit du sujet.

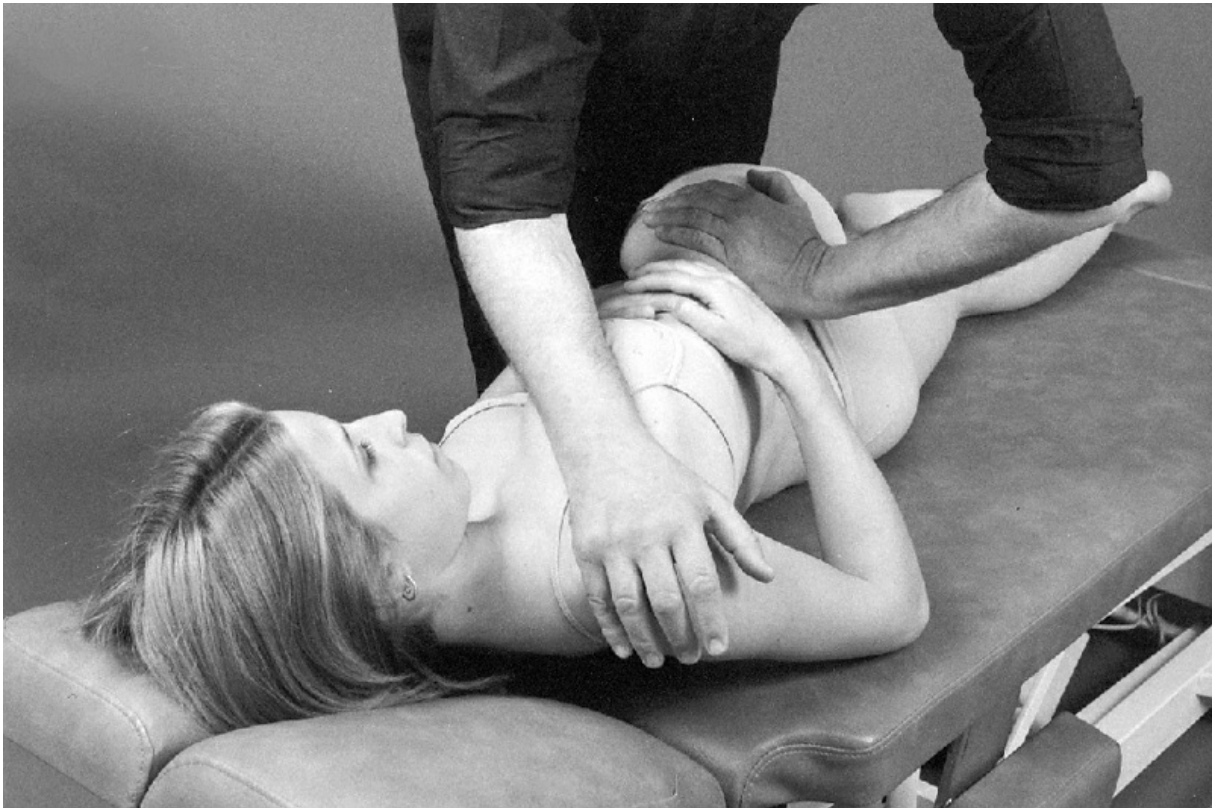


FIG. 3.36 Mise en place des paramètres, phase 1

Le coude du praticien, fléchi à 90° environ, se place dans un plan perpendiculaire à l'articulation sacro-iliaque, dans l'axe du « petit bras » de cette même articulation. La main prend appui, par l'intermédiaire de l'éminence hypothénar, au-dessus de l'épine iliaque postéro-supérieure (EIPS), sur la partie postérieure de la crête iliaque – là où le praticien trouve un bon appui pour assurer une mobilisation avec impulsion efficace.

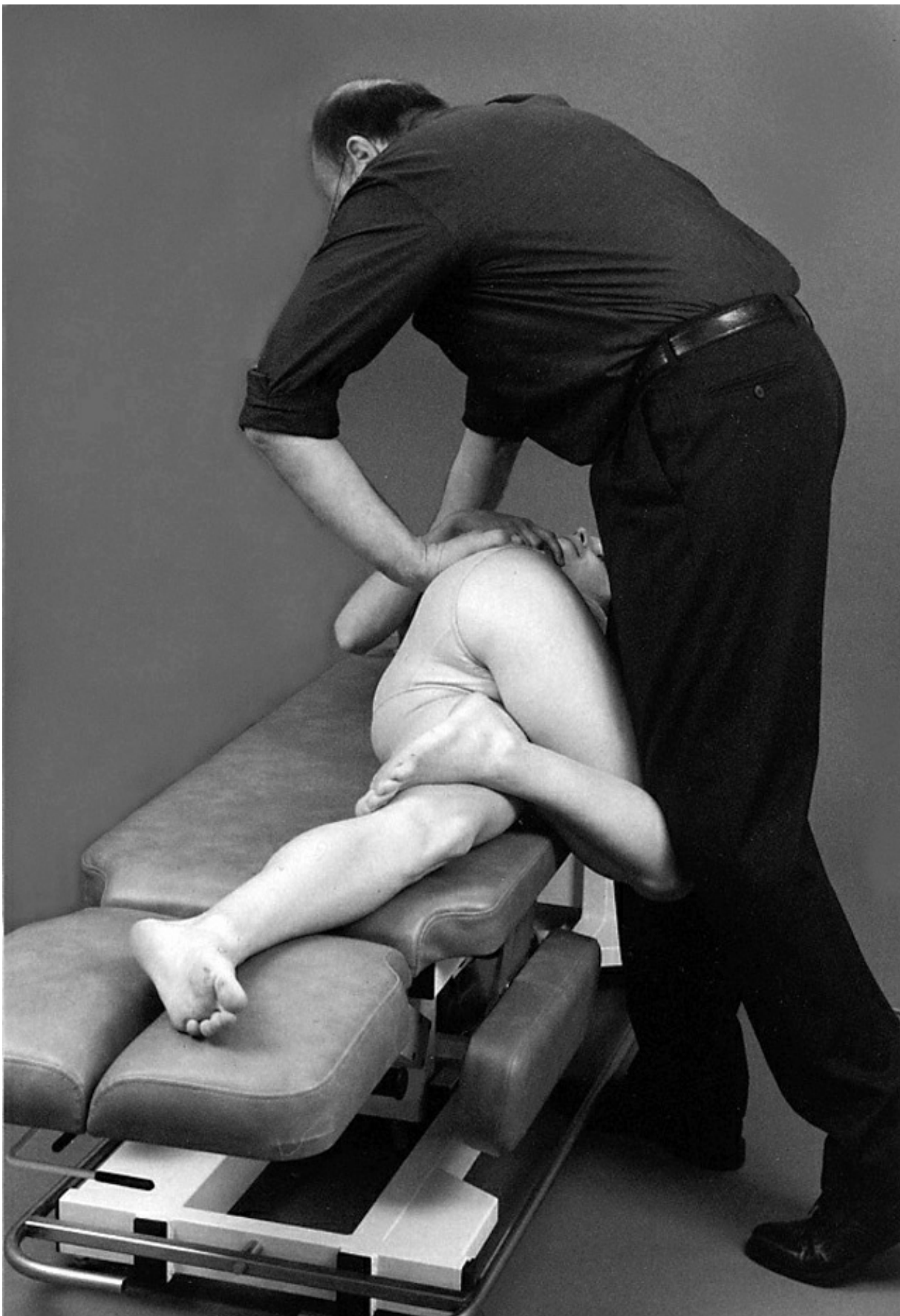


FIG. 3.37 Mise en place des paramètres, phase 2
Mobilisation avec impulsion

Le praticien, à l'aide de son membre inférieur gauche, place soit la face antérieure de sa cuisse gauche sur la face latérale de la cuisse droite du sujet, soit son genou sur celui du sujet, toujours en fonction des morphologies respectives du sujet et du praticien. Cette mise en place a pour objectif d'ouvrir l'articulation sacro-iliaque droite du sujet. La synchronisation entre la main gauche et le membre inférieur gauche du praticien est indispensable pour obtenir une réduction optimale.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Il faut que le praticien ait une bonne abduction de son épaule gauche afin qu'il puisse porter son impulsion en direction de la symphyse pubienne du sujet ; dans le cas contraire, il ne serait pas dans l'axe du petit bras droit de l'articulation sacro-iliaque droite.

Remarquer la position du praticien, qui n'appuie pas son propre corps sur l'os coxal, contrairement à ce qu'il ferait dans le cadre d'une technique portant sur le sacrum.

Noter que dans cette technique, le praticien amène le sujet à lui et se redresse au moment où il porte l'impulsion, le coude reste éloigné du corps au cours de ce geste.

Noter la position du membre inférieur du praticien, qui donne une impulsion sur le genou du sujet pour ouvrir l'articulation sacro-iliaque.

Technique de réduction 2

Mobilisation avec impulsion à l'aide de l'avant-bras



FIG. 3.38 Mise en place des paramètres, phase 1

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Le praticien glisse son avant-bras sur l'arrondi de la fesse et vient « s'ancrer » (à l'aide d'une adduction et d'une rotation médiale d'épaule, associées à une pronation de l'avant-bras couplée à une légère flexion du poignet et des doigts) sur la partie postérieure de la crête iliaque au-dessus de l'EIPS.

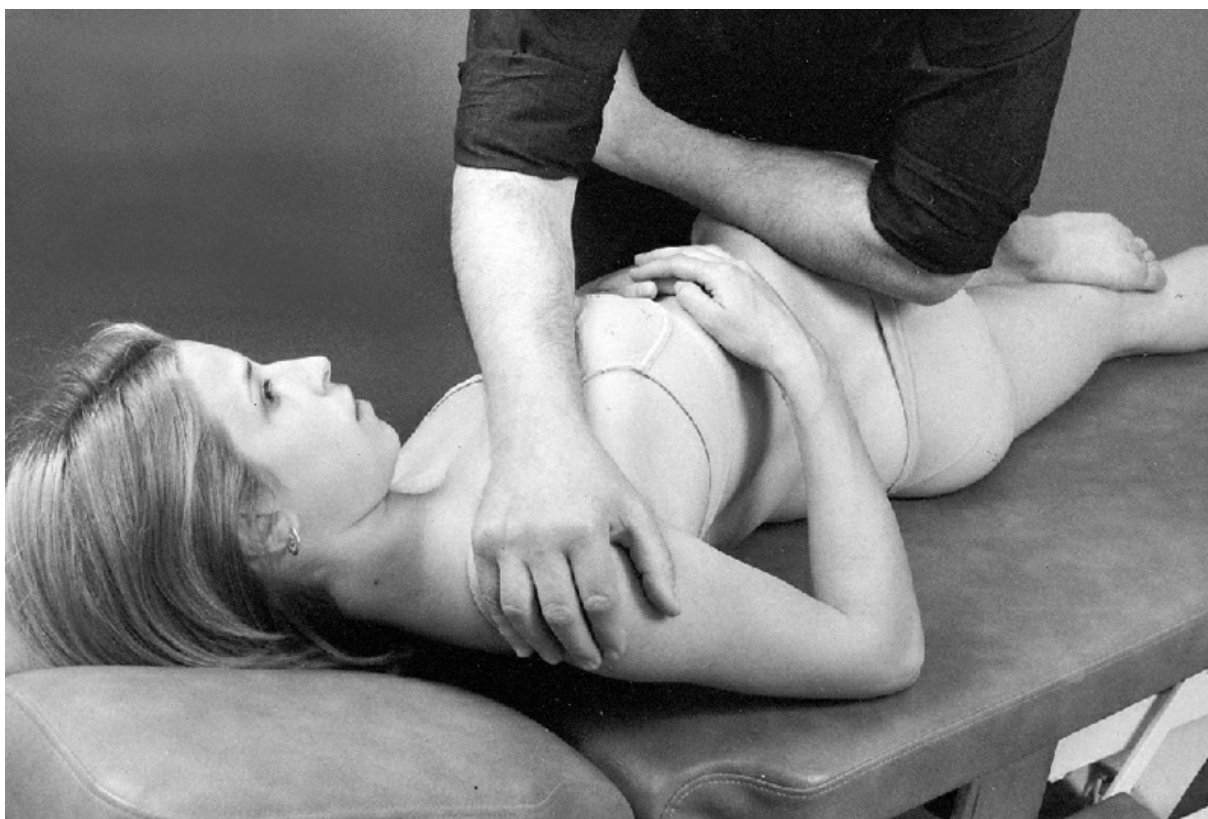


FIG. 3.39 Mise en place des paramètres, phase 2

L'avant-bras du praticien se positionne en direction de la symphyse pubienne du sujet. Le praticien tire le sujet vers lui de manière à s'avancer au-delà des paramètres mis en place pour la réalisation de la technique, afin de pouvoir amener le sujet à lui lors de la mobilisation avec impulsion.

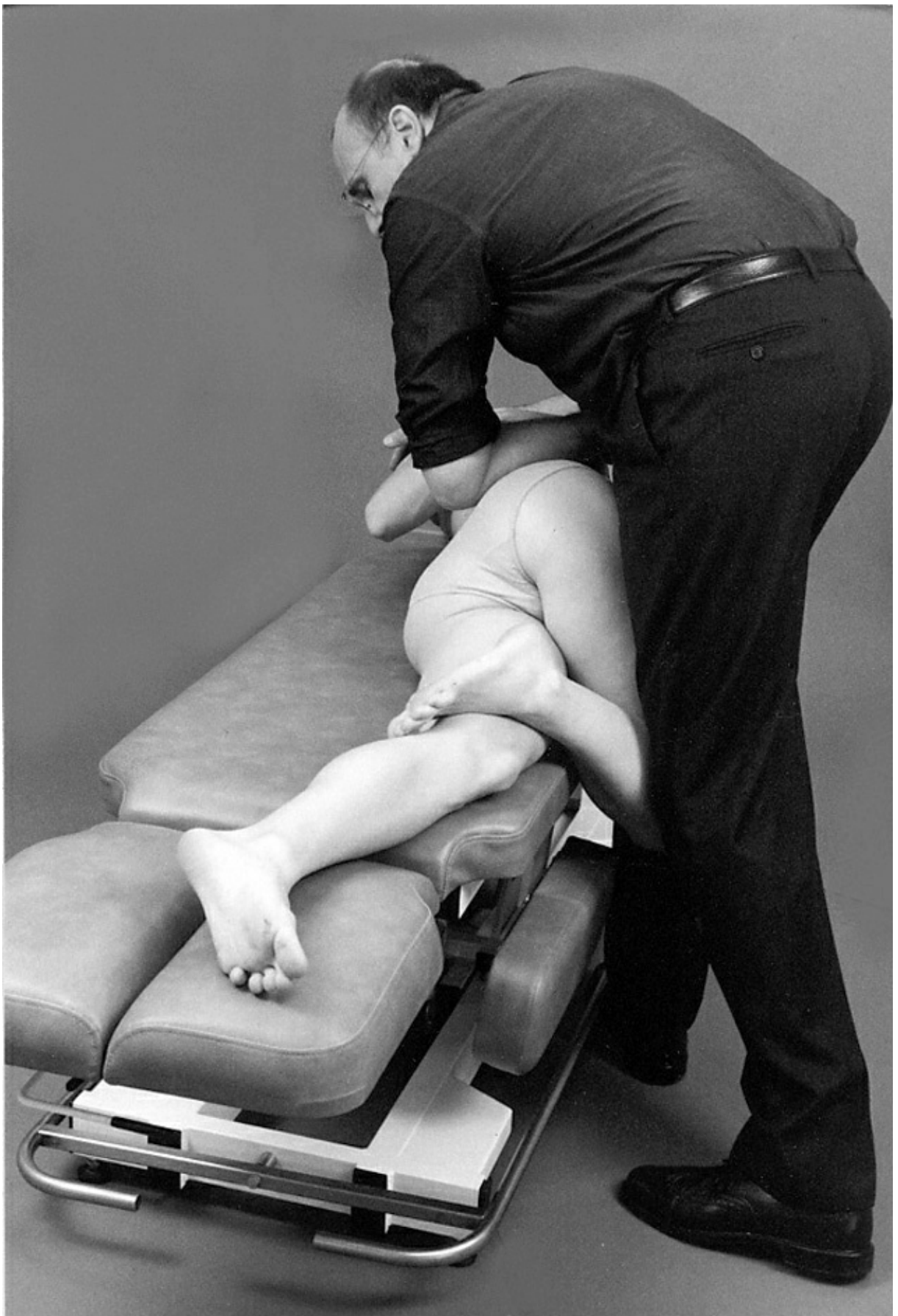


FIG. 3.40 Mobilisation avec impulsion

Noter, sur la figure ci-contre, l'appui du membre inférieur du praticien sur la face latérale de la cuisse du sujet, appui qui se focalise sur le grand trochanter et a pour objectif, en synchronisation avec l'action portée par l'avant-bras gauche du praticien, d'ouvrir de manière optimale l'articulation sacro-iliaque droite du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Il est important de conserver la « fixation » du levier supérieur car le couple de force entre la main droite et l'avant-bras gauche du praticien est difficile à mettre au service de la technique de réduction.

Il est important de ne pas se « vautrer » sur le patient et de veiller à ne pas amener le rachis lombaire en extension.

Noter l'impulsion sur le genou droit du sujet pour ouvrir brièvement l'articulation sacro-iliaque.

Technique de réduction 3

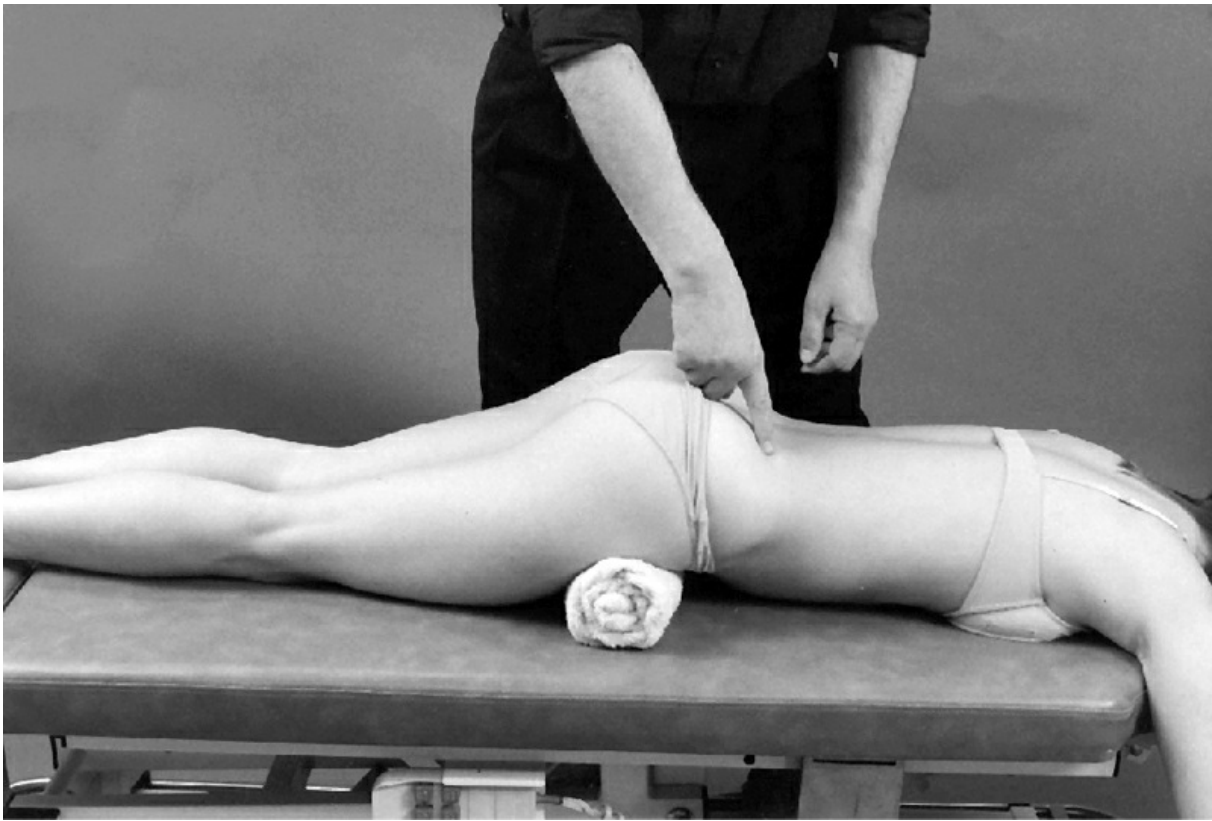


FIG. 3.41 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en procubitus, les bras ballants en dehors de la table (pour favoriser la pleine décontraction des muscles du bas du dos). L'index gauche du praticien montre la partie postérieure de la crête iliaque où se placera la prise assurant la mobilisation avec impulsion. Un coussin est placé à la partie proximale et antérieure de la cuisse droite.

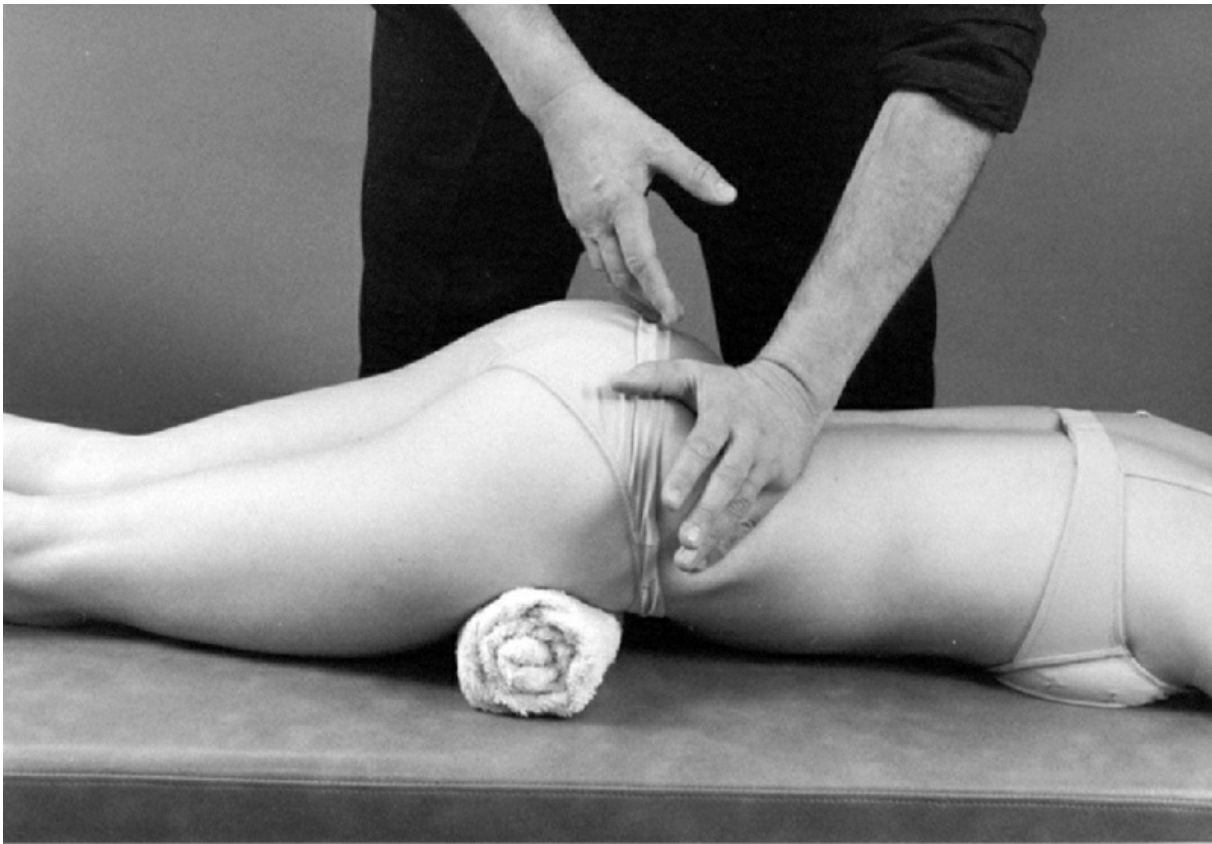


FIG. 3.42 Mise en place des paramètres, phase 1

La main gauche du praticien, par l'intermédiaire de la base de son éminence hypothénar, se place au-dessus de l'EIPS, à la partie postérieure de la crête iliaque ou l'ancrage de la main est le plus aisé.

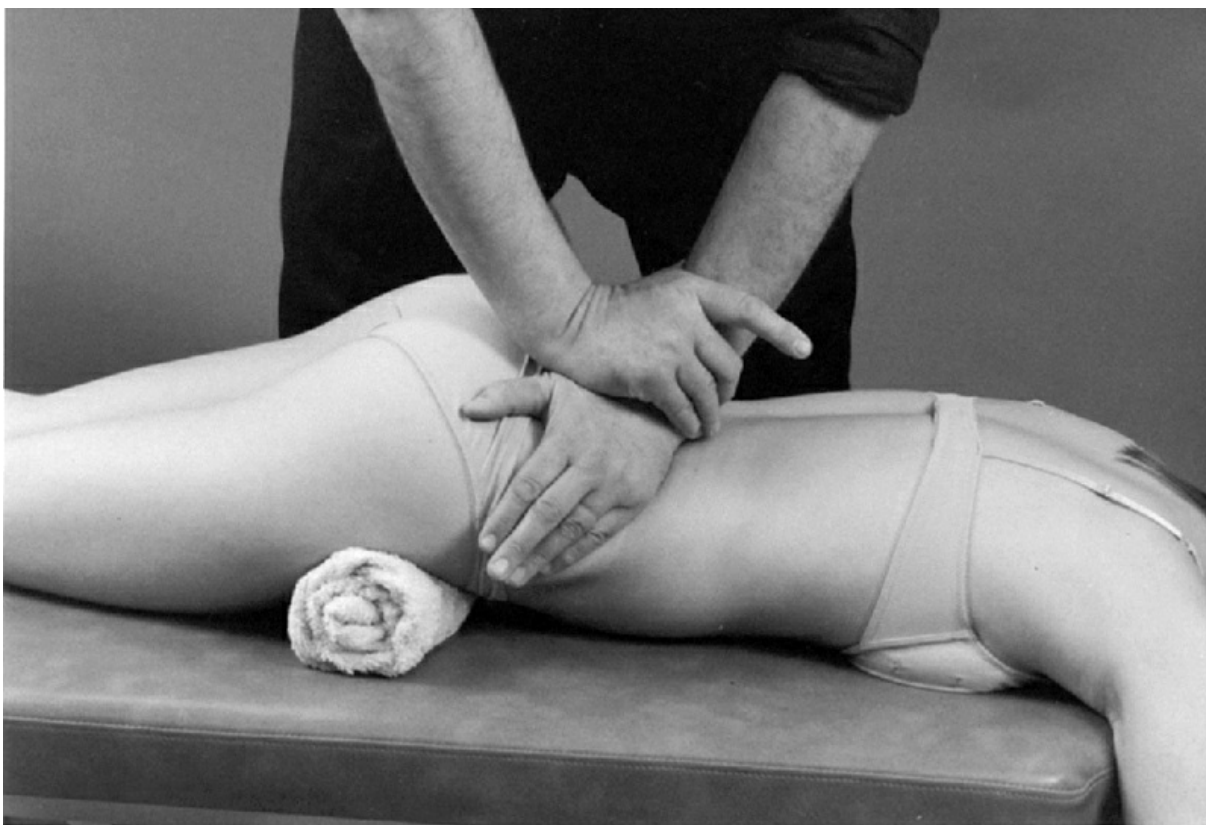


FIG. 3.43 Mise en place des paramètres, phase 2

La main droite du praticien place son pisiforme dans la tabatière anatomique de la main gauche.



FIG. 3.44 Mobilisation avec impulsion

Sur la figure ci-contre le praticien donne une impulsion brève et sèche d'arrière en avant et de haut en bas dans l'axe du petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque et dans le sens de l'antériorisation de l'ilium.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Important

L'excès de mise en tension peut nuire à une bonne exécution de la technique.

C'est une technique qui utilise au sens propre du terme la haute vitesse et la basse amplitude.

Le praticien ne doit pas oublier que la restriction de mobilité peut n'intéresser qu'une partie du petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque et non sa totalité.

L'erreur serait que le praticien privilégie, dans le geste technique, la profondeur de l'appui au détriment de la haute vitesse de l'impulsion portée.

Dans le cas contraire, cela amènerait une extension du rachis lombaire

qui pourrait être douloureuse et dangereuse.

Technique de réduction 4

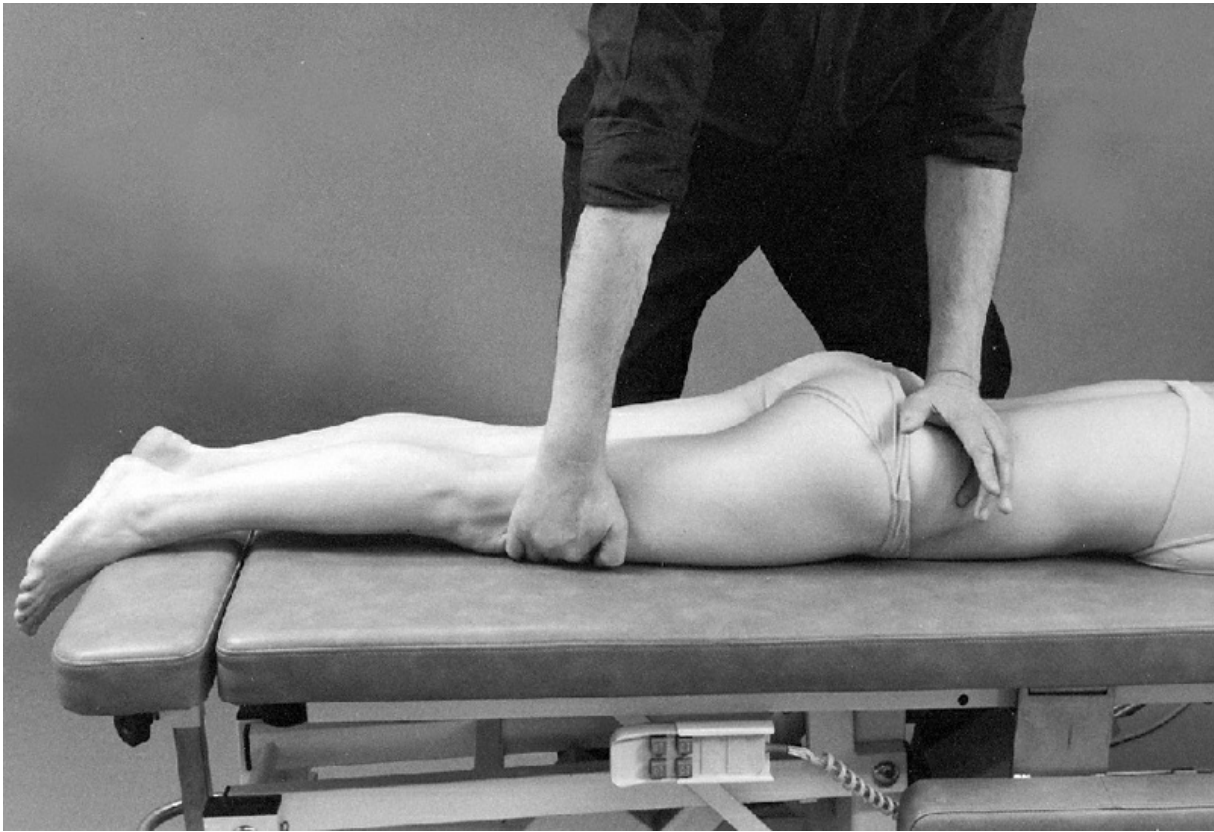


FIG. 3.45 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en procubitus, les pieds en dehors de la table. Le praticien, debout du côté controlatéral, empaume d'une main le membre inférieur concerné au-dessus du genou, alors que l'autre main se positionne en arrière de l'EIPS, sur la partie postérieure de la crête iliaque, au niveau où la prise du praticien peut s'ancrer fermement.

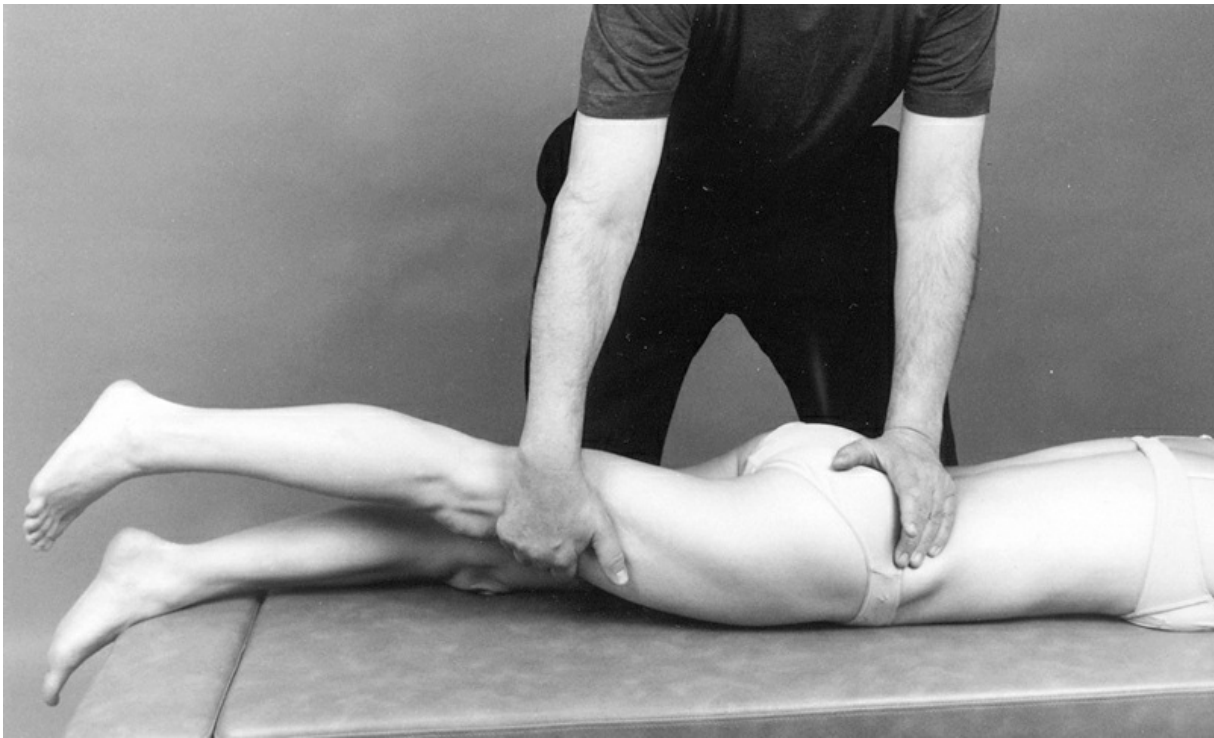


FIG. 3.46 Mise en place des paramètres

Le praticien doit se porter à l'aplomb de l'articulation sacro-iliaque concernée (ne pas oublier que la réduction a pour objectif d'agir sur le « petit bras » de l'articulation sacro-iliaque). Le praticien amène d'une main le membre inférieur du sujet en adduction et extension afin d'antérioriser l'ilium via les ligaments antérieurs et via le muscle droit fémoral ; son autre main aide au mouvement en poussant l'ilium vers l'antériorité.

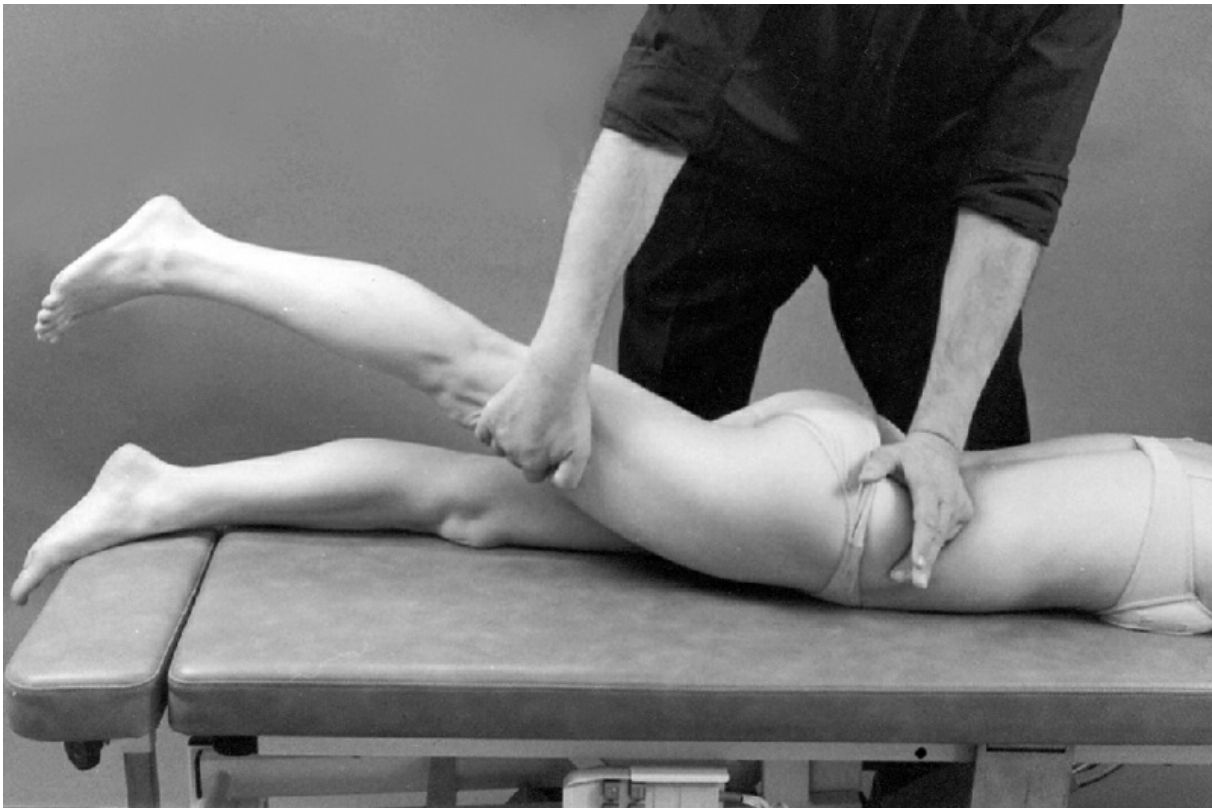


FIG. 3.47

- Le praticien amène le membre inférieur du sujet en extension et en légère adduction.
- À partir de cette position il demande à ce dernier une contraction des fléchisseurs de hanche à laquelle il résiste pendant trois secondes.
- Pendant le temps de relâchement qui dure également trois secondes, le praticien tracte à nouveau le membre inférieur du sujet en extension et en légère adduction.
- Le cycle des « contracter-relâcher » recommence trois ou quatre fois.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Dans ce type de réduction la technique de « contracter-relâcher » s'impose.

Prendre garde à ce que la mobilisation effectuée par le praticien ne « passe pas » dans les lombaires.

Veiller à mettre un coussin entre la table et l'abdomen du sujet afin de délordoser ce dernier.

Technique de réduction 5

Mobilisation avec impulsion à l'aide du pouce



FIG. 3.48 Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est placé en lumbaroll en torsion gauche. Le genou droit du sujet est placé entre les cuisses du praticien. L'avant-bras du praticien se pose délicatement sur la fesse du sujet, afin d'éviter de postérieuriser l'ilium (puisque'il s'agit d'une technique visant à antérieuriser l'ilium).



FIG. 3.49 Mise en place des paramètres, phase 2

La main droite du praticien est placée sur l'épaule droite du sujet, et le pouce de sa main gauche s'apprête à se positionner au-dessus de l'EIPS droite, sur la partie postérieure de la crête iliaque.



FIG. 3.50 Mobilisation avec impulsion

Le poignet du praticien est « cassé » à 90° de flexion.

La colonne du pouce se place en hyperextension au-dessus de l'EIPS droite sur la partie postérieure de la crête iliaque en direction du « petit bras droit » de l'articulation sacro-iliaque droite.

Remarque 1 : Ne pas omettre de prendre un « crédit de peau » lors de la mise en place du pouce, cela évitera la désagréable sensation de brûlure épidermique lors de la manipulation (la peau du sujet au niveau de l'EIPS glisse vers l'antériorité).

Remarque 2 : C'est une technique en général réservée aux enfants mais qui est aussi utilisée en fonction des gabarits respectifs du sujet et du praticien.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

- Ce n'est pas une technique susceptible d'être utilisée par tous les praticiens.
- Il faut une colonne du pouce stable et un poignet souple.
- Le praticien doit amener son appendice xyphoïde à l'aplomb du pouce et bien porter l'impulsion en direction de la symphyse pubienne du sujet.
- L'impulsion doit se donner avec le pouce et non avec l'avant-bras, ce qui

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

posterioriserait l'ilium.

Ilium en ouverture

Définition

C'est un ilium qui « s'ouvre » vers l'arrière autour d'un axe oblique tendu de l'articulation sacro-iliaque à la symphyse pubienne.

Remarque : Les deux articulations sus-mentionnées sont donc directement impliquées dans ce type de dysfonction.

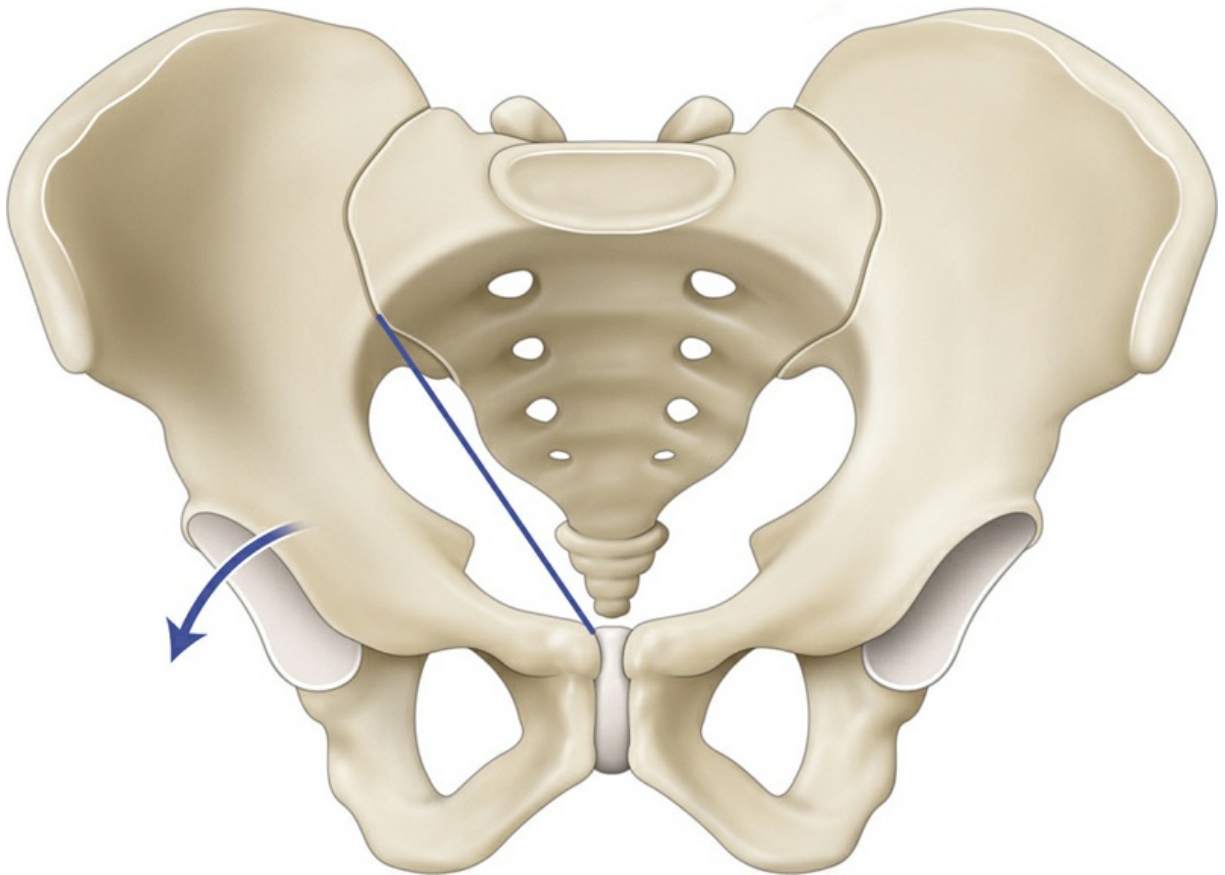


FIG. 3.51 Ilium en ouverture

Diagnostic

Recherche du côté en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le TFD est positif à droite (puisque nous nous plaçons, arbitrairement, dans le cadre d'un ilium en ouverture à droite).

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Rappel : Le TFD permet de localiser le côté en dysfonction (droit ou gauche) et non le type de la dysfonction, c'est-à-dire la nature de la restriction de mobilité (ilium antérieur, postérieur, ouvert, fermé ou supérieur).

Positionnement de l'ilium dans l'espace (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. La distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) et l'ombilic est plus grande du côté du TFD positif (qui définit le côté de l'atteinte), et par comparaison avec l'autre côté.

Recherche de la mobilité de l'ilium (voir le chapitre [Les tests](#)) : test de l'appui sur l'EIAS de l'ilium

Le test de l'appui sur l'EIAS de l'ilium permet de quantifier la résistance à l'appui (résistance plus ou moins importante) et d'apprécier la qualité de l'appui (résistance molle, plus ou moins dure, dure), mais il permet aussi d'apprécier la qualité de l'arrêt de cet appui, à comparer avec l'autre côté.

Remarque : Les renseignements tirés de ce test permettront au praticien de doser la qualité de la mobilisation, au cours de la technique de réduction.

Test du rebond sur l'EIAS de l'ilium (voir le chapitre [Les tests](#))

Le praticien appuie sur l'ilium et apprécie la qualité du retour de ce dernier : si l'ilium droit est en dysfonction, la qualité du rebond est altérée (il ne revient pas complètement, et reste « bloqué » dans sa dysfonction) à comparer avec l'autre côté.

Causes

Causes directes

Sports et loisirs, activités professionnelles, divers

Les causes sont les mêmes que celles pouvant amener n'importe quelle dysfonction iliaque. Ce sont par exemple :

- chute sur les fesses ;
- les positions inadaptées dans les activités professionnelles, de loisirs ou sportives ;
- longue position assise les jambes croisées ;
- une position assise trop longtemps au volant d'un véhicule (membre inférieur en rotation latérale).

Causes secondaires

L'ilium en ouverture peut être la conséquence d'un dysmorphisme (hémilombalisation-hémisacralisation) sur lequel se surajoute un traumatisme.

Il s'agit donc alors d'un ilium qui, s'ouvrant d'un côté et pas de l'autre, va « glisser » et se « bloquer » du côté ouvert (ilium en ouverture) suite à un traumatisme.

À propos de l'examen clinique

On retrouve très souvent, chez un droitier, l'ilium en ouverture du côté droit, et en fermeture du côté gauche.

Anamnèse

Il faut faire ressortir la douleur que le sujet exprime et localise à la partie postérieure de l'articulation sacro-iliaque (au niveau du sulcus) et qui peut irradier dans la fesse.

À retenir avant réduction

Il ne faut pas oublier que les sujets porteurs d'une telle dysfonction « vivent » avec cette dernière sans aucune gêne et qu'ils ne décompensent qu'à la faveur d'un nouveau traumatisme ou d'une nouvelle dysfonction de l'ilium. L'ilium en ouverture doit être traité en tant que tel, mais le traitement doit aussi tenir compte de tous les aspects adaptatifs de ce dernier (antérieurs ou postérieurs) et les intégrer dans la technique de réduction.

Technique de réduction

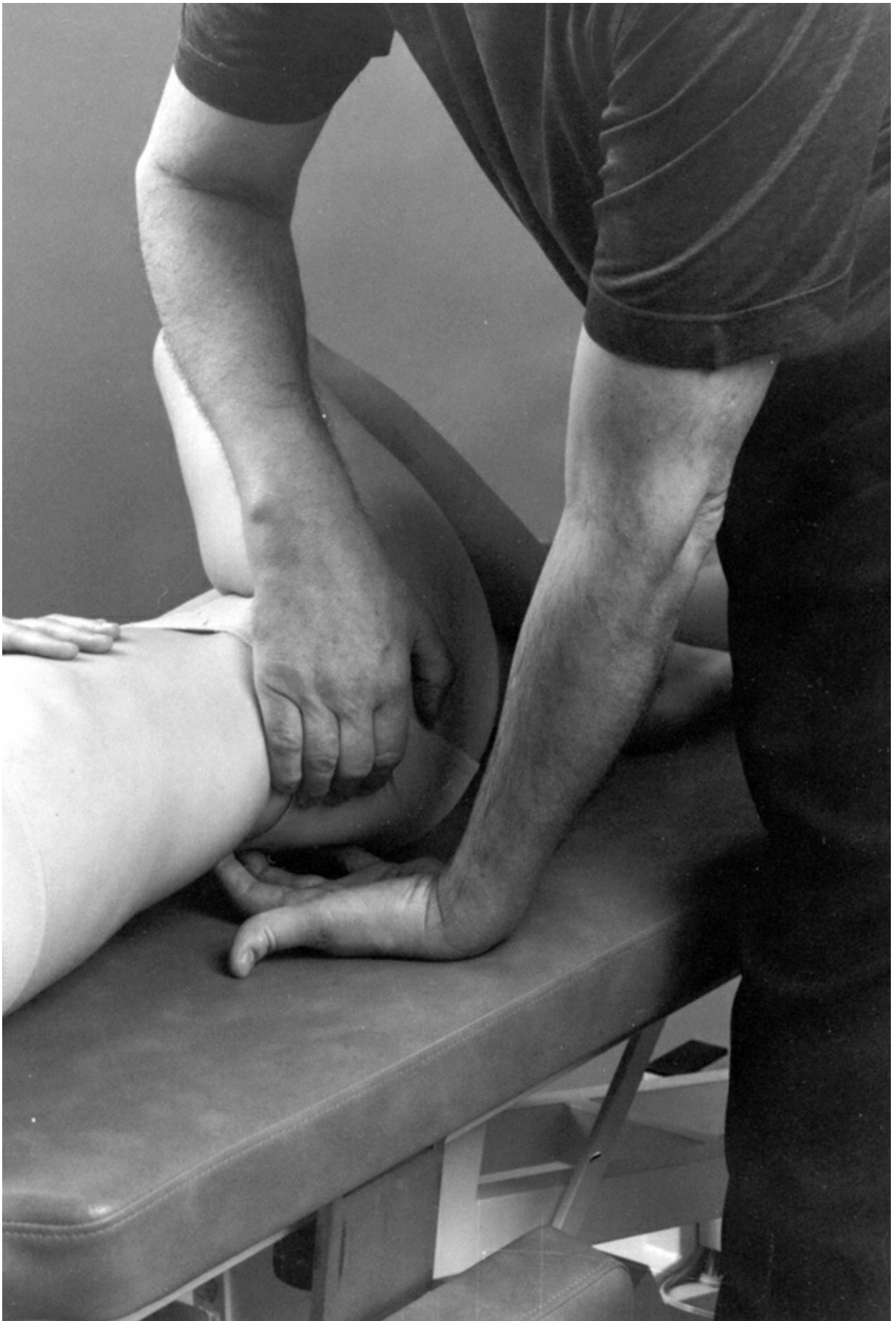


FIG. 3.52 Position du sujet et du praticien

Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est en décubitus. Le praticien, debout du côté homolatéral, soulève l'hémibassin droit du sujet afin de positionner correctement sa main gauche qui aidera à la fermeture de l'ilium droit. La fonction de cette main est d'agripper l'ilium au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure (EIPS) et de le tirer en même temps que le praticien ramène le membre inférieur vers l'intérieur pendant la phase de relâchement du « contracter-relâcher ».



FIG. 3.53 Mise en place des paramètres, phase 2

La main gauche du praticien se positionne comme décrit sur la figure ci-dessus ; sa main droite s'empare du talon droit du sujet en amenant le membre inférieur en triple flexion de hanche, de genou, et en flexion plantaire du pied.

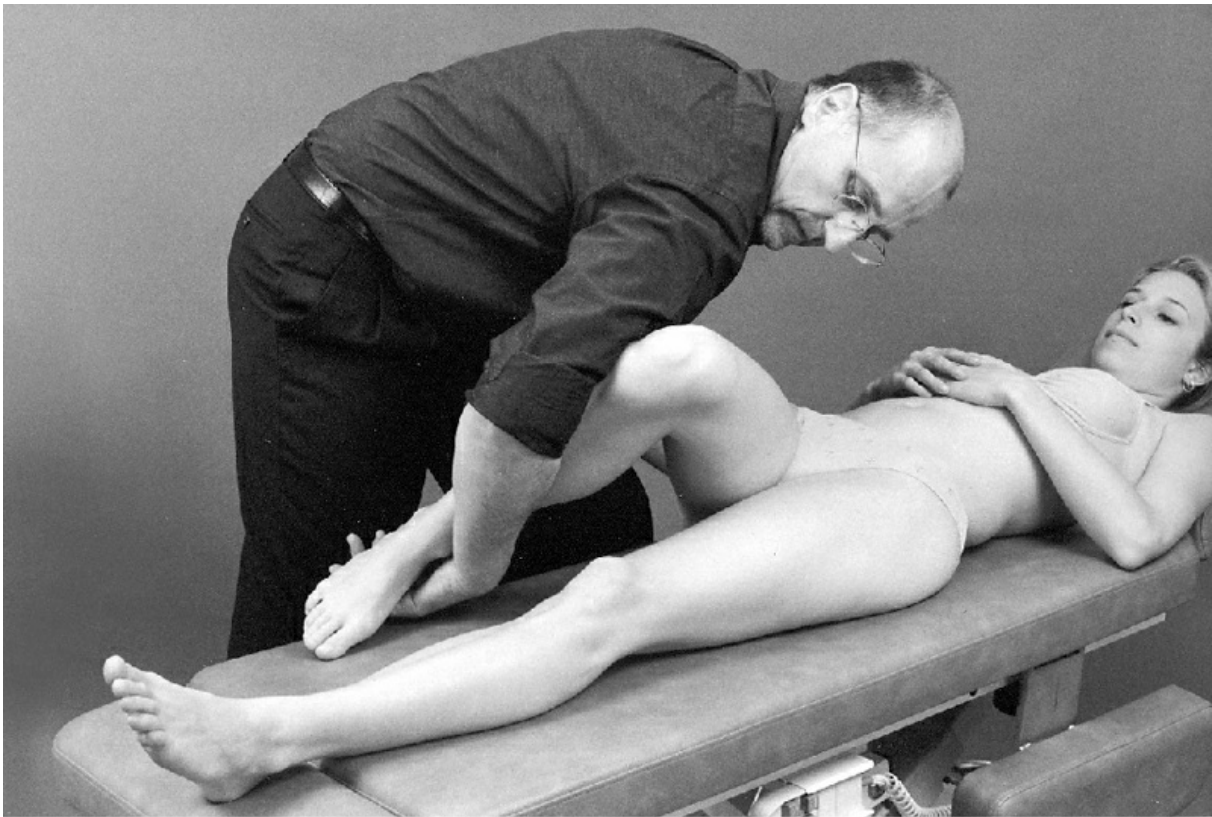


FIG. 3.54 Mise en place des paramètres, phase 3

Le praticien, ayant empaumé le talon droit du sujet à l'aide de sa main droite, vient plaquer son épaule droite au contact du genou du sujet. À partir de cette prise, il demande à ce dernier une alternance de « contracter-relâcher » dans le sens d'un mouvement actif du sujet dirigé vers l'abduction et la rotation latérale de hanche, action à laquelle le praticien s'opposera par l'intermédiaire de son épaule droite. Pendant la phase de relâchement le praticien gagne en adduction et en rotation médiale de hanche à l'aide de son épaule droite et de sa main droite.

Remarque 1 : Le temps de contraction doit être tenu environ trois secondes.

Le temps de relâchement doit également être tenu environ trois secondes.

Remarque 2 : C'est pendant la phase de relâchement que le praticien « gagne » en adduction et rotation médiale de hanche, puisqu'il s'agit de réduire un ilium en ouverture.

Remarque 3 : Noter la position de la main gauche du praticien, qui aide à positionner l'ilium en fermeture en tractant au niveau de l'EIPS ([fig. 3.52](#) et [3.53](#)).



FIG. 3.55 Réduction, 1^{er} temps

Le praticien, tout en diminuant la flexion de hanche et de genou du sujet, continue de procéder à l'aide de « contracter-relâcher ».

Remarque : Selon les morphologies du sujet et du praticien, ce dernier peut utiliser son sternum en contre-appui – au lieu de l'épaule – dans la technique du « contracter-relâcher ».

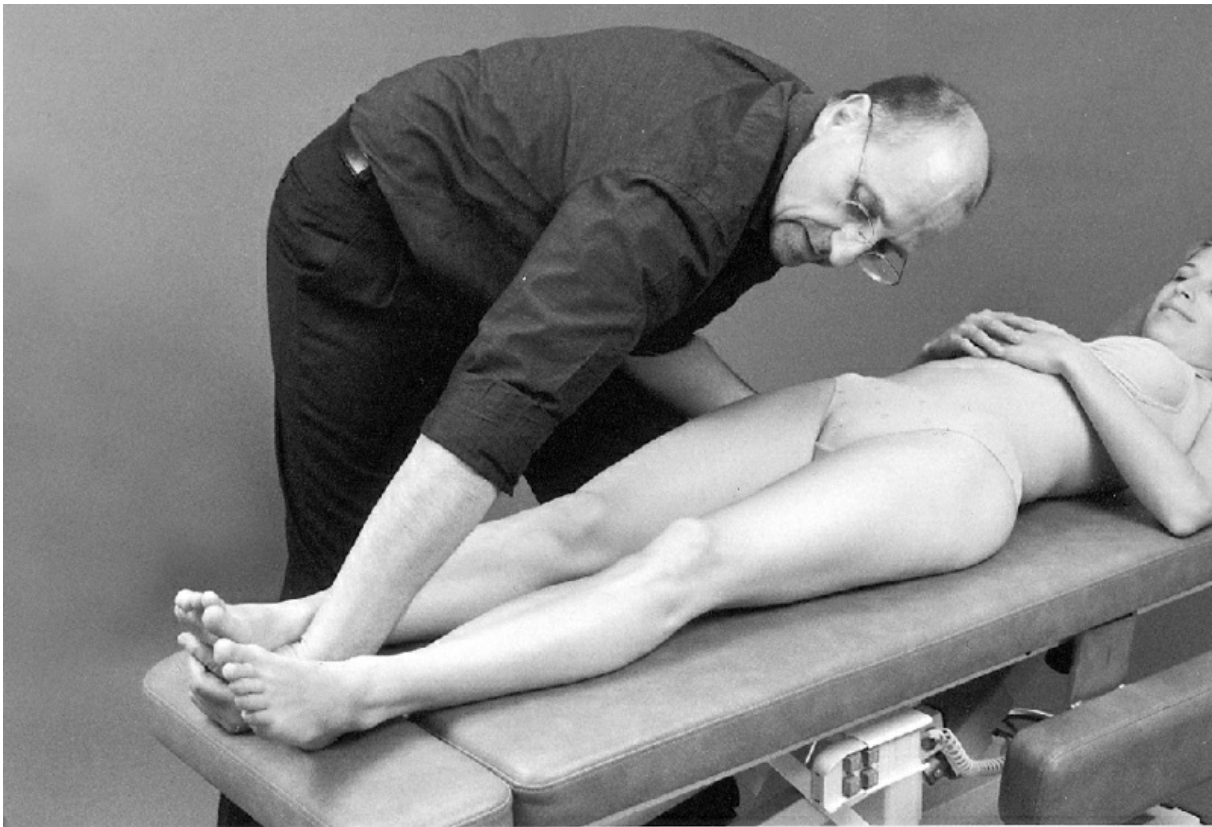


FIG. 3.56 Réduction, 2^e temps

Noter que, jusqu'à la phase ultime de la technique, le praticien contrôle l'ouverture de l'articulation sacro-iliaque droite du sujet à l'aide de sa main gauche et maintient le membre inférieur droit en rotation médiale (interne).

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

La main gauche doit tracter en tirant la partie postérieure de la crête iliaque pendant le temps de relâchement du contracter-relâcher.

Ilium en fermeture

Définition

C'est un ilium qui « se ferme » vers l'avant autour d'un axe oblique tendu de l'articulation sacro-iliaque à la symphyse pubienne.

Remarque : Les deux articulations sus-mentionnées sont donc directement impliquées dans ce type de dysfonction.

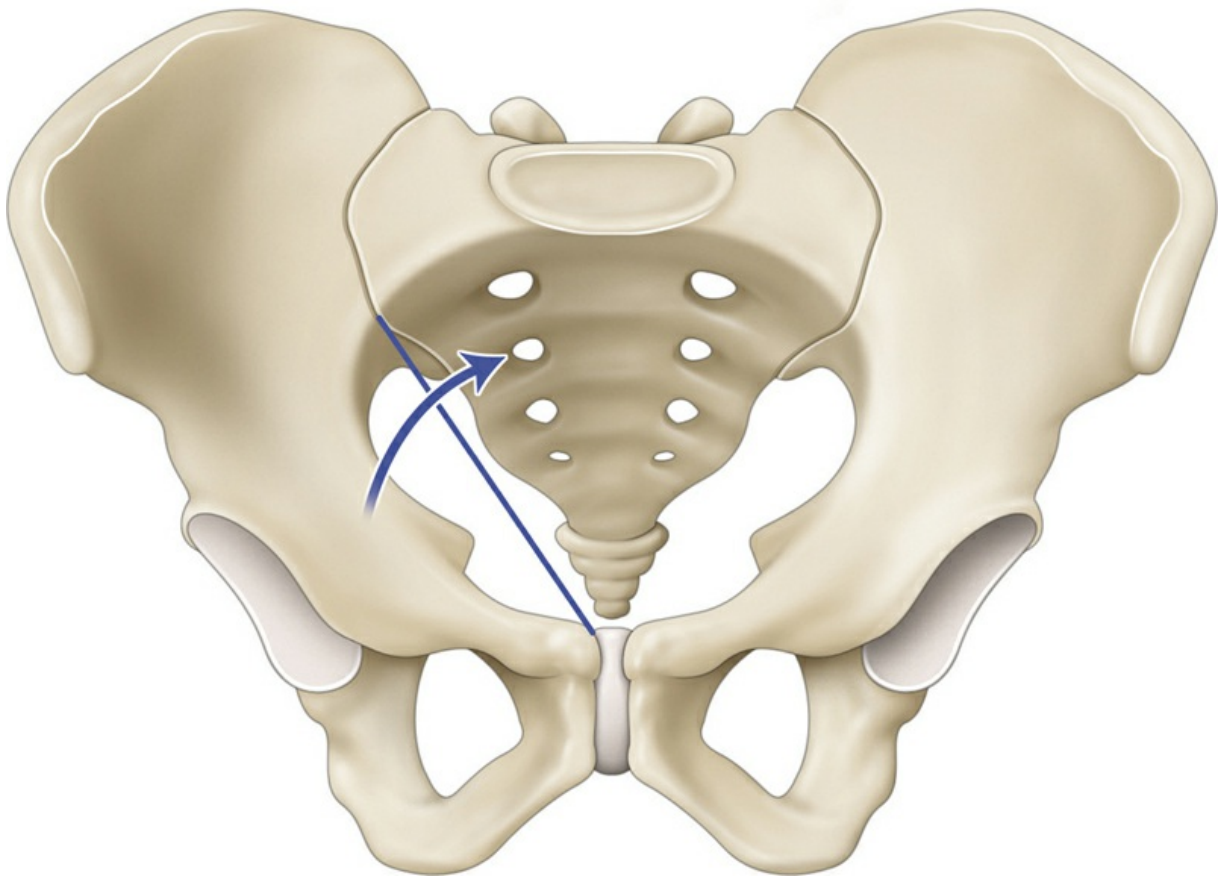


FIG. 3.57 Ilium en fermeture

Diagnostic

Recherche du côté en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le TFD est positif à droite (puisque nous nous plaçons, arbitrairement, dans le cadre d'un ilium en fermeture à droite).

Rappel : Le TFD permet de localiser le côté en dysfonction (droit ou gauche) et non le type de la dysfonction, c'est-à-dire la nature de la restriction de mobilité (ilium antérieur, postérieur, ouvert, fermé ou supérieur).

Positionnement de l'ilium dans l'espace (voir le chapitre [Les tests](#))

Le sujet est en décubitus. La distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) et l'ombilic est plus petite du côté du TFD positif (qui définit le côté de l'atteinte), et par comparaison avec l'autre côté.

Recherche de la mobilité de l'ilium (voir le chapitre [Les tests](#)) : *test de l'appui sur l'EIAS de l'ilium*

Le test de l'appui sur l'EIAS de l'ilium permet de quantifier la résistance à l'appui (résistance plus ou moins importante) et d'apprécier la qualité de l'appui (résistance molle, plus ou moins dure, dure), mais il permet aussi d'apprécier la qualité de l'arrêt de cet appui à comparer avec l'autre côté.

Remarque : Les renseignements tirés de ce test permettront au praticien de doser la qualité de la mobilisation, au cours de la technique de réduction.

Test du rebond sur l'ilium en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le praticien appuie sur l'ilium et apprécie la qualité du retour de ce dernier : si l'ilium droit est en dysfonction, la qualité du rebond est altérée (il ne revient pas complètement, et reste « bloqué » dans sa dysfonction) à comparer avec l'autre côté.

Causes

Causes directes

Sports et loisirs, activités professionnelles, divers

Les causes sont les mêmes que celles pouvant amener n'importe quelle dysfonction iliaque, car la position de l'ilium en ouverture ou en fermeture existait avant, ce qui a entraîné la restriction de mobilité.

Causes secondaires

L'ilium en fermeture peut être la conséquence d'un dysmorphisme (hénilombalisation-hémisacralisation) sur lequel se surajoute un traumatisme.

Il s'agit alors d'un ilium qui se ferme d'un côté et pas de l'autre, et qui va ainsi « glisser » et se « bloquer » du côté fermé (ilium en fermeture) suite à un traumatisme.

À propos de l'examen clinique

On retrouve très souvent chez un gaucher l'ilium en ouverture du côté gauche et en fermeture du côté droit.

Anamnèse

Il faut faire ressortir la douleur que le sujet exprime et localise à la partie postérieure de l'articulation sacro-iliaque (au niveau du sulcus) et qui peut

irradier dans la fesse.

À retenir avant réduction

Il faut se souvenir que les patients porteurs d'une telle dysfonction « vivent » avec cette dernière sans aucune gêne et qu'ils ne vont consulter qu'à la faveur d'un nouveau traumatisme ou d'une nouvelle dysfonction de l'ilium. L'ilium en fermeture doit être traité en tant que tel, mais le traitement doit aussi tenir compte de tous les aspects adaptatifs de ce dernier (antérieurs ou postérieurs), et les intégrer dans la technique de réduction.

Technique de réduction

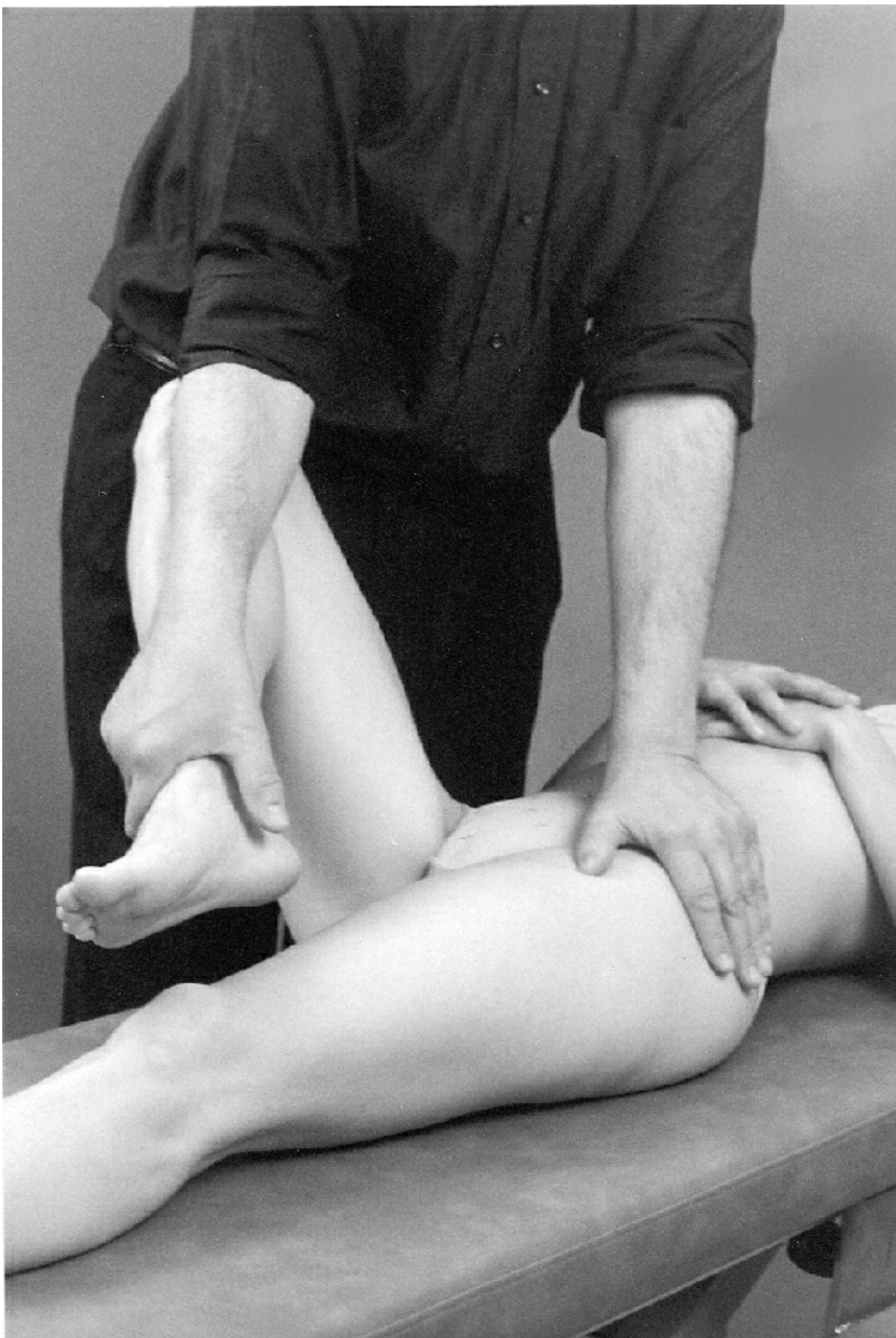


FIG. 3.58 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en décubitus dorsal, la tête surélevée, les épaules à plat sur la table. Le praticien, placé du côté homolatéral, amène le membre inférieur concerné en triple flexion de hanche, de genou, et en flexion plantaire de cheville.

La technique utilisée est le « contracter-relâcher ». Sur la figure ci-contre le praticien se saisit du membre inférieur à traiter au niveau de la cheville du sujet, le genou de ce dernier ayant un appui sur la hanche ou la cuisse droite du praticien (selon les morphologies en présence).



FIG. 3.59 Réduction, 1^{er} temps

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Le membre inférieur du sujet est amené progressivement en extension de hanche et de genou, mouvement passif amené par le praticien pendant lequel on demande au sujet une alternance de « contracter-relâcher » portant sur l'adduction et rotation médiale de hanche. La résistance portée par le praticien est réalisée à l'aide de son avant-bras droit placé à la face médiale de la jambe. Pendant la phase de relâchement le praticien « gagne » en abduction et rotation latérale de hanche. Chaque phase du « contracter-relâcher » dure environ trois secondes.



FIG. 3.60 Réduction, 2^e temps

Sur la figure ci-contre le membre inférieur est amené un peu plus loin dans l'extension de hanche et de genou du sujet. Comme précédemment il est demandé un contracter-relâcher au sujet dans le sens de l'adduction et la rotation médiale de hanche, actions auxquelles résiste le praticien à l'aide de son avant-bras droit placé à la face médiale de la jambe. Pendant la phase de relâchement le praticien « gagne » en abduction rotation latérale de hanche. Chaque phase du contracter-relâcher dure environ trois secondes.



FIG. 3.61 Réduction, 3^e temps

Le praticien ayant la cheville du sujet bien en main plaque son avant-bras droit à la face médiale de la jambe et du genou du sujet.

Sa main gauche est plaquée sur l'EIAS pour bien stabiliser le bassin.

Noter que jusqu'à la phase ultime de la technique, le praticien maintient, à l'aide de sa main droite, la rotation latérale (externe) du membre inférieur droit du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Important

Dans la réalisation de la technique, dès que la flexion de hanche atteint 70°, on doit ramener le talon droit du sujet au niveau de la fibula gauche de ce dernier (voir [fig. 3.60](#)).

Ilium en supériorité

Définition

Un ilium en supériorité est un ilium qui s'est déplacé vers le haut. Traditionnellement l'ilium en supériorité se définit comme une dysfonction de l'articulation sacro-iliaque qui est la conséquence d'un glissement vers le haut de l'ilium par rapport au sacrum.

Remarque : S'il s'agit d'une lésion vraie et non d'une dysfonction et qu'il est clair que le patient marche difficilement, il doit être orienté vers un service hospitalier.



FIG. 3.62 Ilium en supériorité

Diagnostic

Recherche du côté en dysfonction (voir le chapitre [Les tests](#))

Le TFD est positif à droite (puisque nous nous plaçons, arbitrairement, dans le cadre d'un ilium en supériorité à droite).

Rappel : Le TFD permet de localiser le côté en dysfonction (droit ou gauche) et non le type de la dysfonction, c'est-à-dire la nature de la restriction de mobilité (ilium antérieur, postérieur, ouvert, fermé ou supérieur).

Positionnement de l'ilium dans l'espace (voir le chapitre [Les tests](#))

Par comparaison avec le côté opposé :

- la crête iliaque droite est plus haute ;
- l'épine iliaque postéro-supérieure (EIPS) droite est plus haute ;
- la tubérosité ischiatique est plus haute.

Recherche du relâchement du ligament sacro-tubérositaire (voir le chapitre [Les tests](#))

Il faut palper cette structure ligamentaire pour vérifier si elle est détendue du côté de la dysfonction.

Causes

Causes directes

Sports et loisirs

- Parapente.
- Chute à ski.
- Tous les sauts : par exemple triple saut et saut en hauteur dans la pratique de l'athlétisme.

Divers

- Chute sur les membres inférieurs (sur les pieds ou sur les genoux) avec la hanche en position neutre (la jambe est vraiment plus courte du côté de la lésion).
- Accidents de la circulation, accidents de voiture (le passager qui freine avec ses pieds en ayant peur du choc).

À propos de l'examen clinique

- Vérifier la situation dans l'espace des trois structures osseuses suivantes : la crête iliaque, l'EIPS et la tubérosité ischiatique, structures qui sont,

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

dans une telle dysfonction, déplacées vers le « haut » (en comparant avec le côté opposé).

- Le grand ligament sacro-tubéral est détendu par comparaison avec le côté opposé.
- Le sujet déclare avoir l'impression d'être assis sur une cale.

À retenir avant réduction

Une fois le diagnostic fait, bien focaliser la technique dans l'articulation sacro-iliaque.

Le grand ligament sacro-tubéral (voir [figures 1.26](#) et [1.27](#) dans le chapitre *Les tests*) peut être tendu du côté opposé à la dysfonction après la réduction. Vérifier si ce ligament est détendu après l'exécution de la technique, s'il ne l'est pas, il justifie une technique spécifique qui sort du cadre de cet ouvrage.

Important

La dysfonction iliaque en supériorité ne peut être isolée de l'ensemble du complexe articulaire du pelvis, et il est capital de la replacer dans cet ensemble avec les corrélations et les implications qui s'imposent.

Technique de réduction

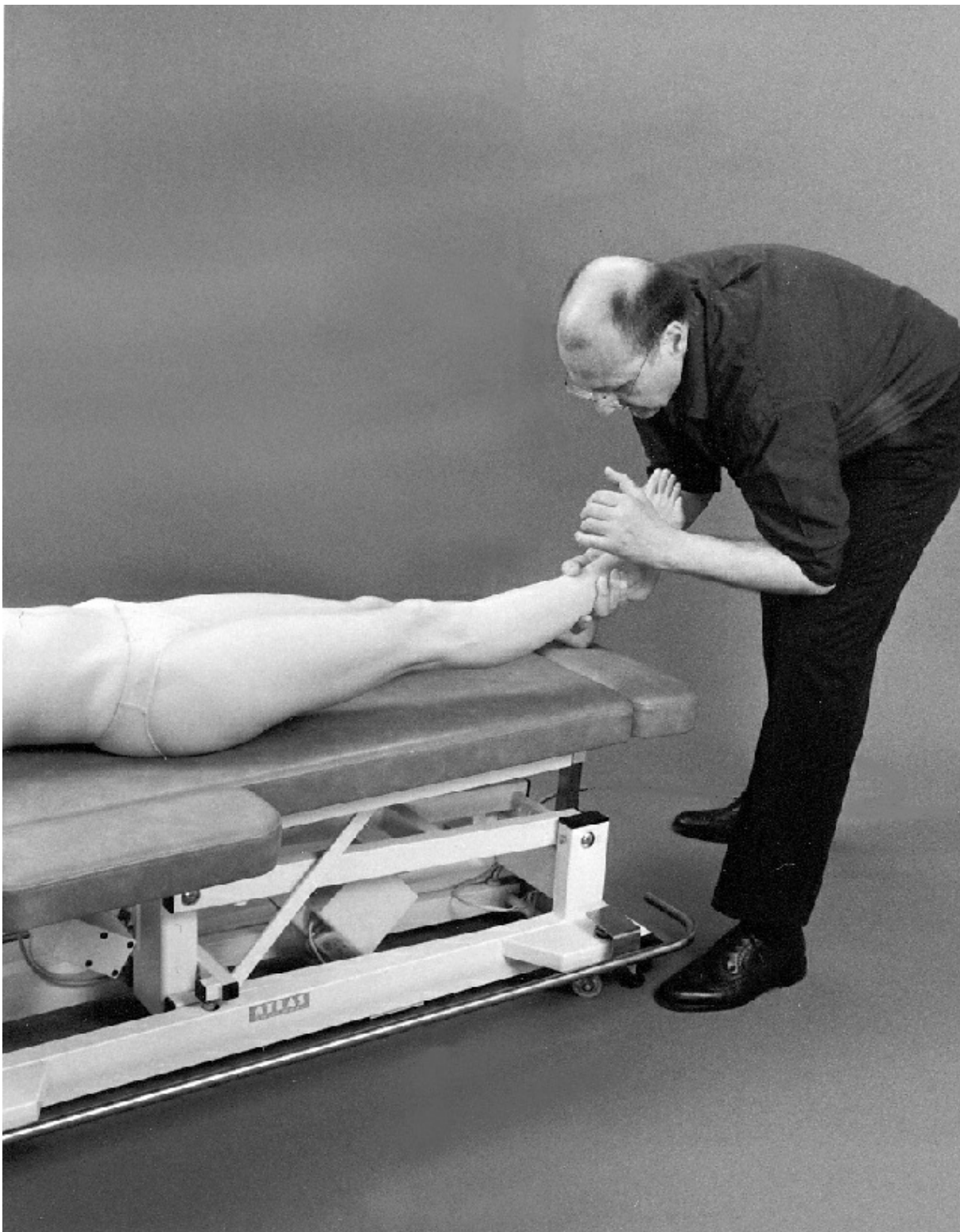


FIG. 3.63 Position du sujet et du praticien
Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est en décubitus, le praticien est placé en bout de table et s'empare du membre inférieur droit du sujet au niveau de la cheville droite (la main gauche empaumant les malléoles, le pouce et l'index posés sur le calcaneus ;

la main droite se posant sur le cou-de-pied).

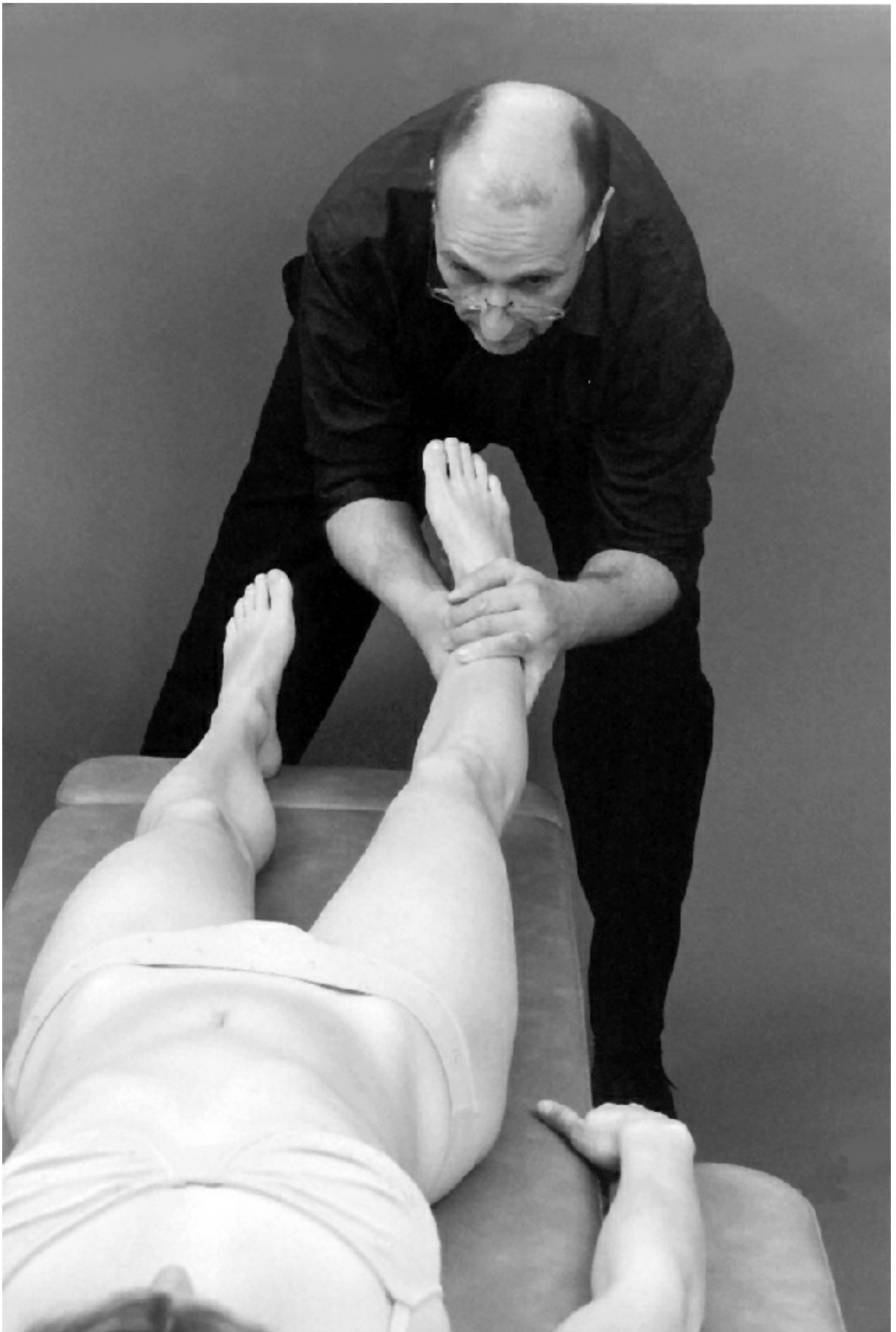


FIG. 3.64 Mise en place des paramètres, phase 2 – 1^{er} temps

Il faut bien focaliser la technique de réduction au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Pour atteindre cet objectif, le praticien réalise une technique qui peut se décomposer en deux temps.

Dans un premier temps, il va comprimer l'ensemble des articulations du membre inférieur droit, depuis l'articulation talo-crurale jusqu'à l'articulation sacro-iliaque incluant nécessairement les articulations du genou et de la hanche.

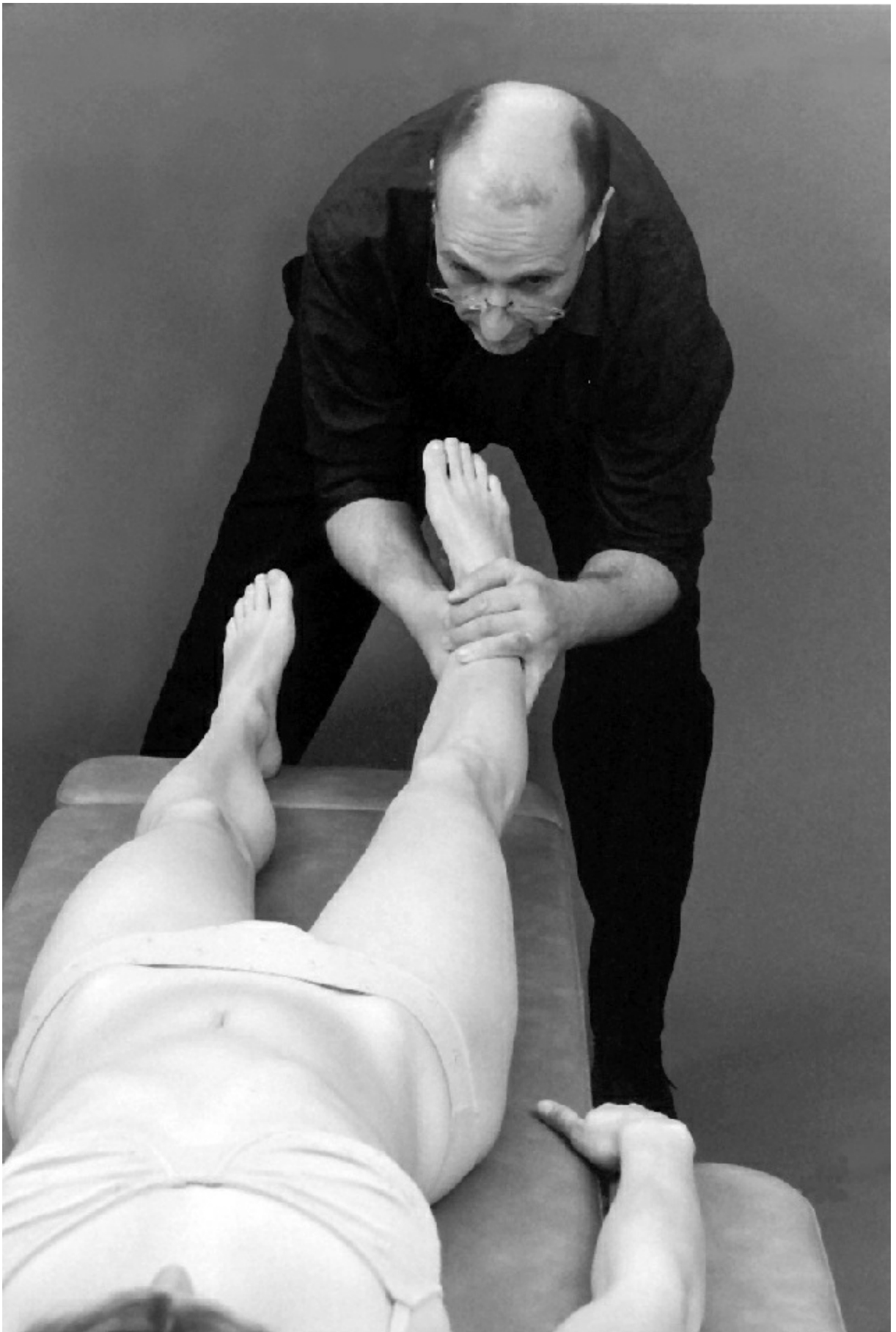


FIG. 3.65 Mise en place des paramètres, phase 2 – 2^e temps

Dans un deuxième temps, le praticien relâche sa compression lorsqu'il a dépassé l'articulation sacro-iliaque droite, ce qui lui permet d'être « pile » dans l'articulation concernée.

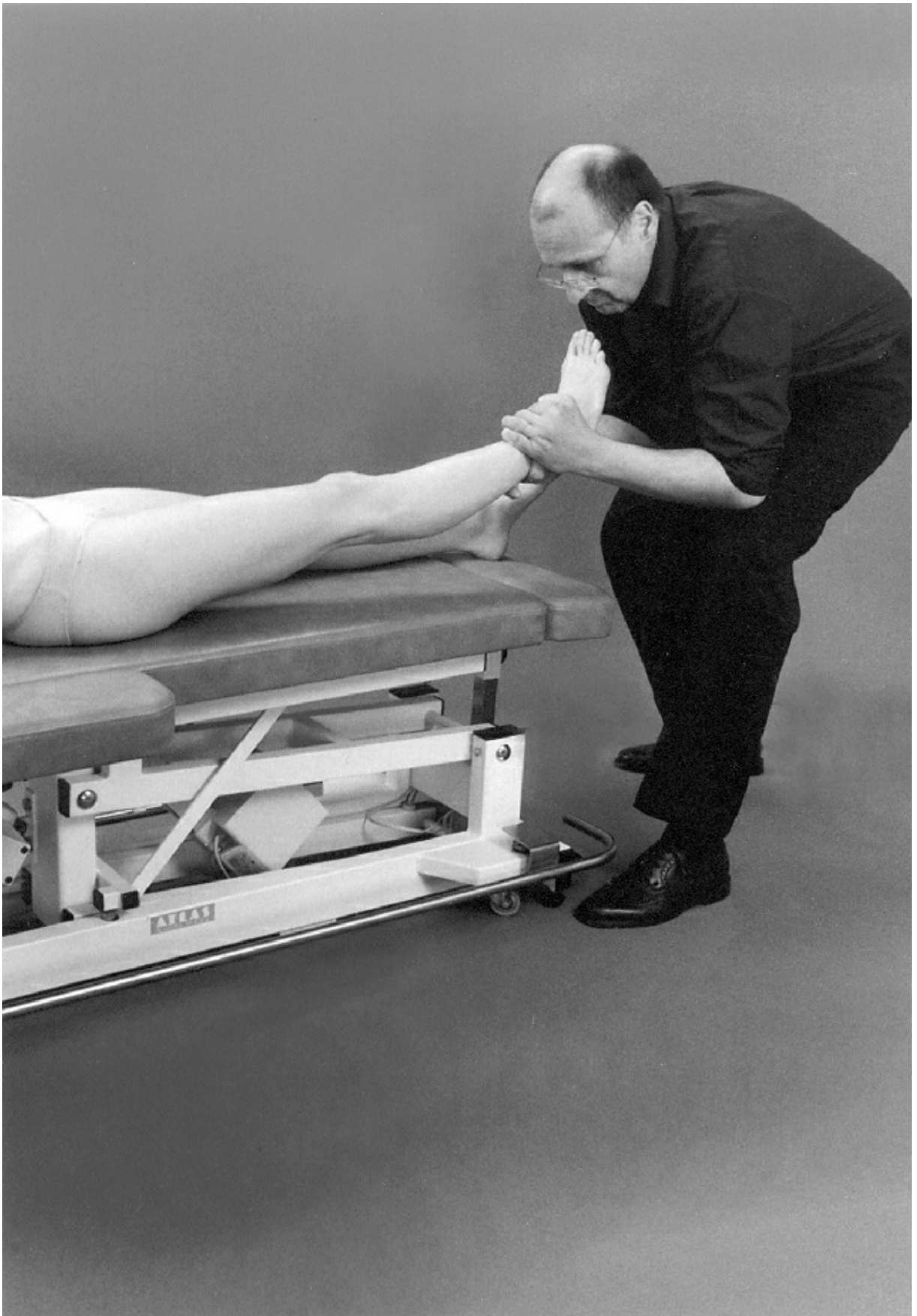


FIG. 3.66 Réduction

La mise en tension par le praticien s'exerce sur le membre inférieur droit sans extension de l'articulation coxo-fémorale. La traction a pour objectif de fixer la cheville, le genou et la hanche car la mobilisation avec impulsion doit porter directement sur l'ilium. L'impulsion est brève, sèche et centrée dans le sens de la mise en tension et contre la résistance.

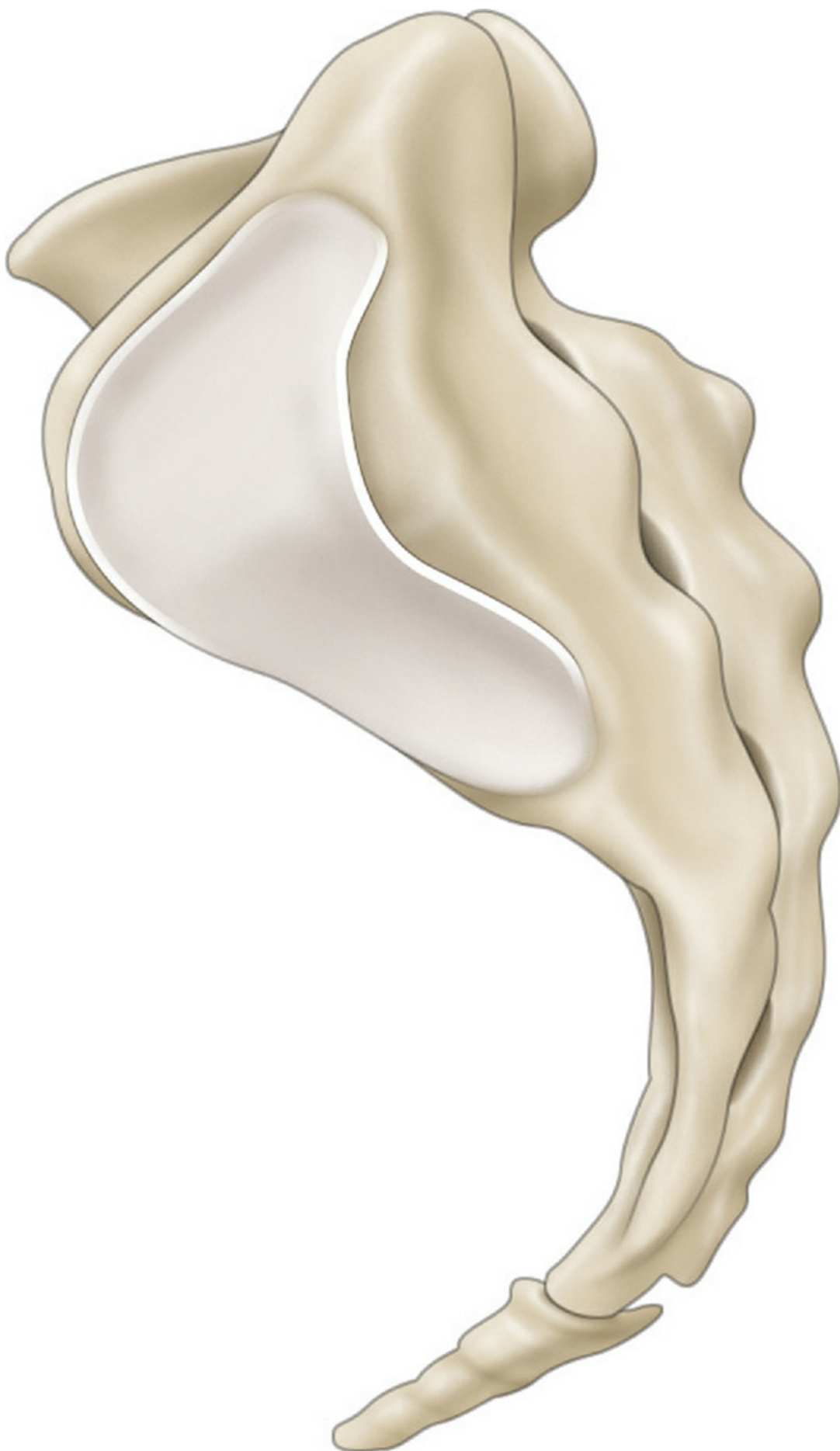
Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Important

Pour réaliser une mobilisation optimale il faut veiller à ce que le praticien ait les coudes au-dessous de l'articulation talo-crurale.

Le sacrum



Guide des figures

La torsion sacrée antérieure droite/droite	Fig 4.1 à 12
La torsion sacrée antérieure gauche/gauche	Fig 4.13 à 24
La torsion sacrée postérieure droite/gauche	Fig 4.25 à 43
La torsion sacrée postérieure gauche/droite	Fig 4.44 à 55
La bascule sacrée unilatérale antérieure droite	Fig 4.56 à 65
La bascule sacrée unilatérale postérieure droite	Fig 4.66 à 72

La torsion sacrée antérieure droite/droite

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum « regarde » à droite sur son axe oblique droit, c'est-à-dire l'axe qui va du pôle supérieur du grand bras droit de l'auricule droit du sacrum au pôle inférieur du grand bras gauche de l'auricule gauche du sacrum.

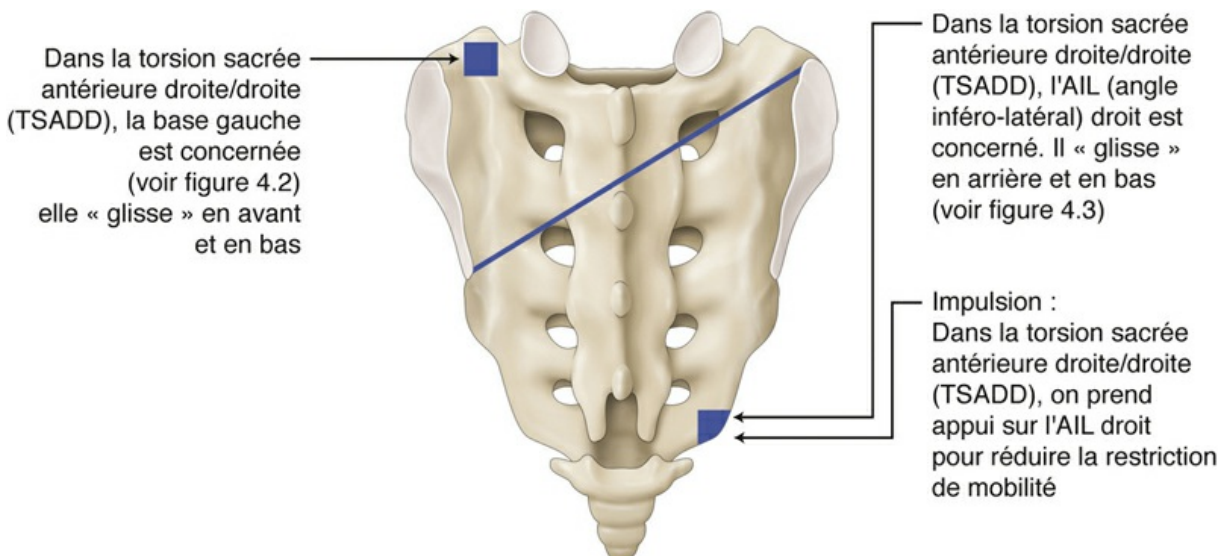


FIG. 4.1 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation de l'axe oblique droit et des structures osseuses à prendre en compte (base gauche et AIL droit) pour réaliser le traitement manipulative.

Démarche diagnostique pour rechercher une TSADD

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.
- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontal droit ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.
- Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'un axe oblique droit, et autour de ce type d'axe nous pouvons avoir :
 - une TSADD,
 - une torsion sacrée postérieure gauche/droite.
- Nous sommes dans le chapitre qui traite de TSADD le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.

Remarque : Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

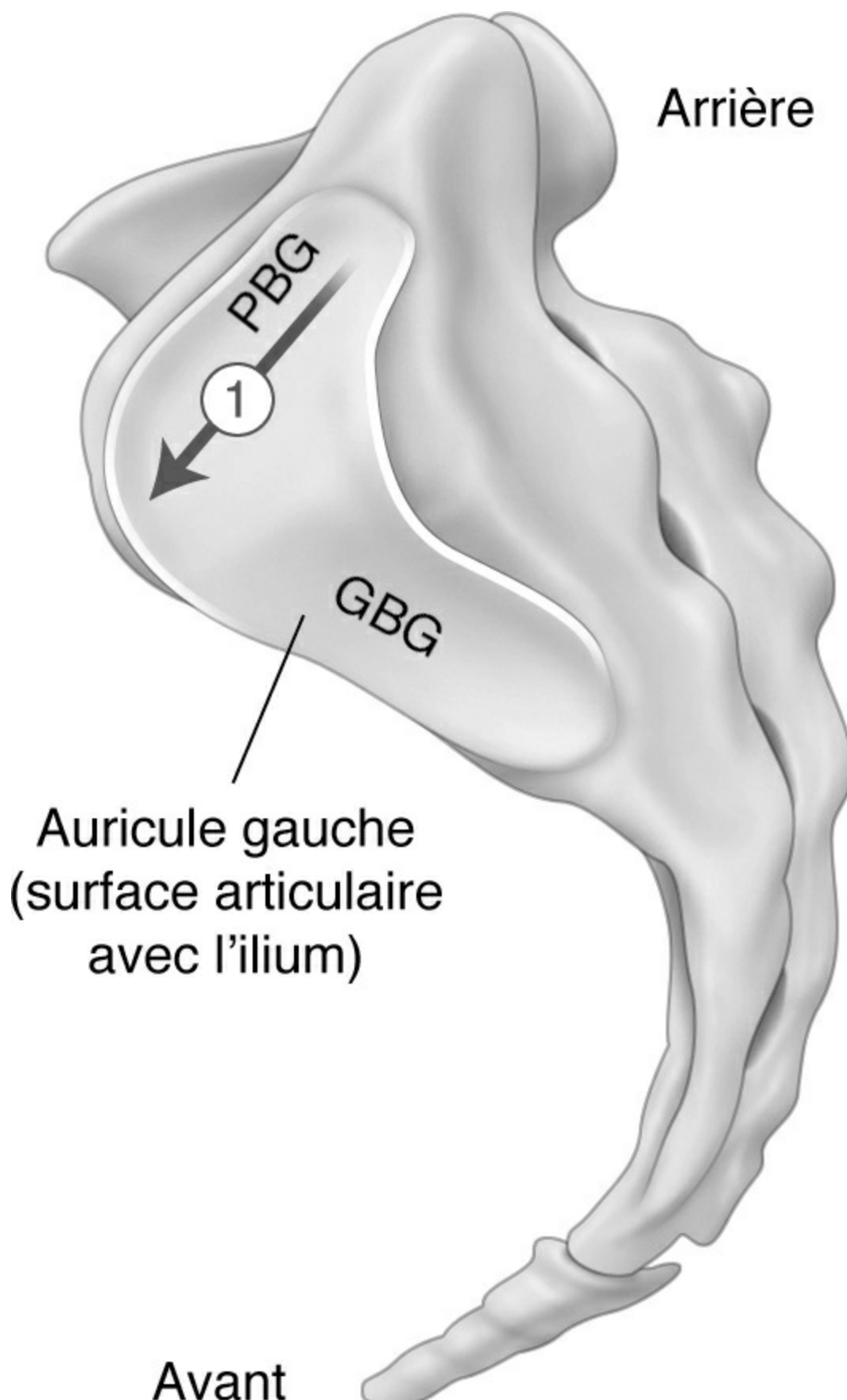


FIG. 4.2 Sacrum : vue latérale gauche

Base gauche

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale gauche du sacrum par un « glissement » en avant et en bas du petit bras gauche de l'auricule gauche du sacrum – voir (1) [fig. 4.2](#) – sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base gauche du sacrum en avant et en bas.

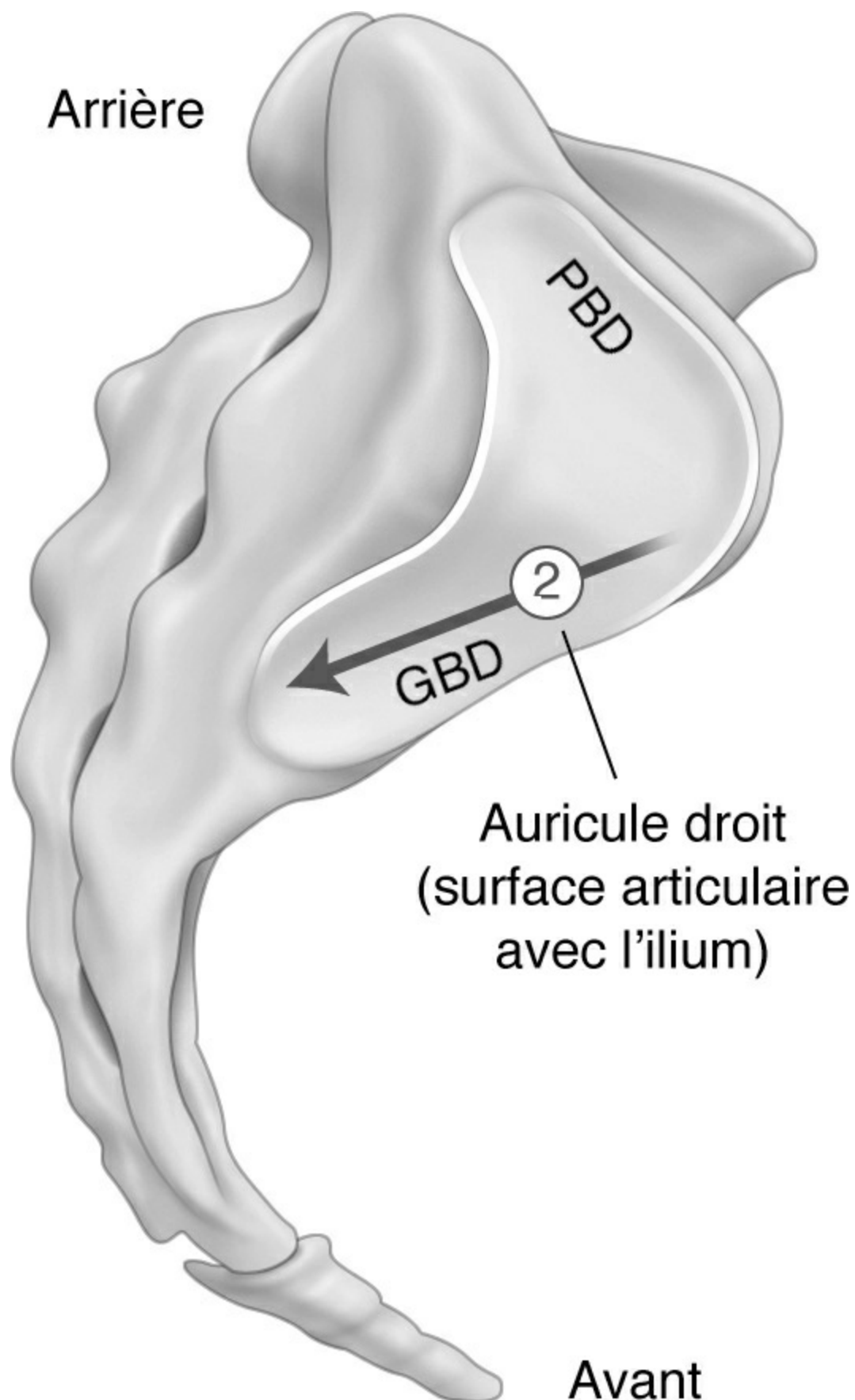


FIG. 4.3 Sacrum : vue latérale droite

AIL droit

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale droite du sacrum par un autre « glissement » : celui, en arrière et en bas, du « grand bras » de l'auricule droit du sacrum – voir (2) [fig. 4.3](#) – sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL droit du sacrum en arrière et en bas.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction, c'est-à-dire du côté de la base gauche.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » (une fois sur la base droite, une fois sur l'AIL gauche).

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure dans l'espace (base gauche, AIL droit).

- Base gauche : l'antériorité de la base gauche donne un sulcus gauche plus profond que le sulcus droit ; cette base gauche peut également être douloureuse à la palpation-pressure.
- L'AIL droit est plus postérieur et plus bas situé que l'AIL gauche.

Test de l'appui sur la base gauche

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base gauche du sacrum donne un pouce qui « s'enfonce » lors de l'appui (ce qui signifie que la base gauche présente une certaine mobilité vers l'avant) : elle n'est donc pas « bloquée » en postériorité.

Test de l'appui sur l'AIL droit

Une pression appliquée sur l'AIL droit (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne :

- soit un appui qui ne « s'enfonce » pas (la résistance est directe et dure) cela signifie que la dysfonction prédomine sur l'AIL droit ;
- soit un appui qui s'enfonce légèrement (mais la base gauche ne remonte

pas) : cela signifie que la pression appliquée ne postérriorise pas la base gauche, ce qui implique que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base gauche puisqu'elle n'est pas mobilisable vers l'arrière lors de la poussée de la main du praticien (ce test vient donc conforter le test précédent).

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent il est négatif (la base étant antérieure).

Causes

Causes directes

Sports et loisirs, divers

- Mouvements de torsion du sacrum provoqués par des gestes techniques communs à plusieurs pratiques sportives : gymnastique, ski, golf ou tennis pour ne citer que quelques exemples.
- Les longues promenades en montagne en terrain pentu (avec marche à flanc de montagne).

Causes secondaires

Tout problème survenant au niveau du rachis peut se répercuter au niveau du sacrum.

Exemple typique de ce type de dysfonction : le sujet qui prend un objet placé du côté droit et en haut. (Ce type de mouvement peut provoquer un « blocage » de la région thoracolombaire [T11-T12 ; T12-L1].)

À partir de ce cas de figure deux possibilités :

- soit la vertèbre L5 est postérieure et se bloque dans cette position, auquel cas le sacrum reste mobile ;
 - soit la vertèbre L5 reste mobile, et c'est le sacrum qui entre en dysfonction.
- La base gauche sera antéro-inférieure et l'AIL droit sera postéro-inférieur.

À retenir

Le distinguo entre une dysfonction de L5 et une dysfonction de S1 se fait par la perte de mobilité de L5 ou de S1 en tentant de mobiliser l'une ou l'autre de ces deux structures (postéro-antérieurement) ou bien en cherchant à provoquer une douleur à la palpation de L5 ou de S1 par l'intermédiaire

d'une poussée postéro-antérieure appliquée sur le processus épineux de chacune de ces deux structures.

Important

Il ne faut pas oublier, devant ce type de dysfonction, que c'est un sacrum qui « vit » dans cette position, et à qui on demande subitement une adaptation supplémentaire.

À propos de l'examen clinique

Ce sont des patients qui se présentent en général à la consultation en se plaignant du bas du dos.

- Ils peuvent avoir des difficultés à fléchir le tronc lorsqu'ils sont assis ou debout, et signaler un passage douloureux lorsqu'ils passent de la position assise à la position debout.
- Ils peuvent aussi indiquer, par exemple, une certaine gêne lorsqu'ils se brossent les dents (le tronc étant, au cours de ce geste de la vie quotidienne, fléchi à 30° environ).
- En phase aiguë, le sujet se plaint d'une véritable douleur.
- En phase chronique, le sujet ressent surtout une gêne.

À retenir avant réduction

Si le sujet augmente la dysfonction dans laquelle il s'est installé, il ressent de la gêne, mais en principe il ne consulte pas.

En résumé : c'est une dysfonction fréquente, et adaptative, donc peu ou pas douloureuse. À corriger lors d'un blocage aigu.

Important

Si le sujet consulte en ayant une dysfonction inverse à celle dans laquelle il vit (c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, une dysfonction gauche/gauche, le sujet « vivant » en torsion antérieure droite/droite), il vient parce qu'il n'est plus dans son adaptation (dans sa torsion). Il se présente en phase aiguë ou chronique, et dans ces cas il faut le traiter.

Technique de réduction 1



FIG. 4.4 Position du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll ; son bassin est amené en torsion droite face au praticien, de telle sorte que la face latérale de son ilium droit repose sur la table.

- Son membre inférieur gauche placé en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville – repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied gauche dans la fosse poplitée de son genou droit.
- Sa tête posée à plat sur la table peut être surélevée si le sujet le désire.
- L'index du praticien désigne l'AIL droit du sacrum ou va s'exercer la force nécessaire et suffisante à travers la mobilisation avec impulsion pour lever ou réduire les restrictions de mobilité liées à ce type de dysfonction.

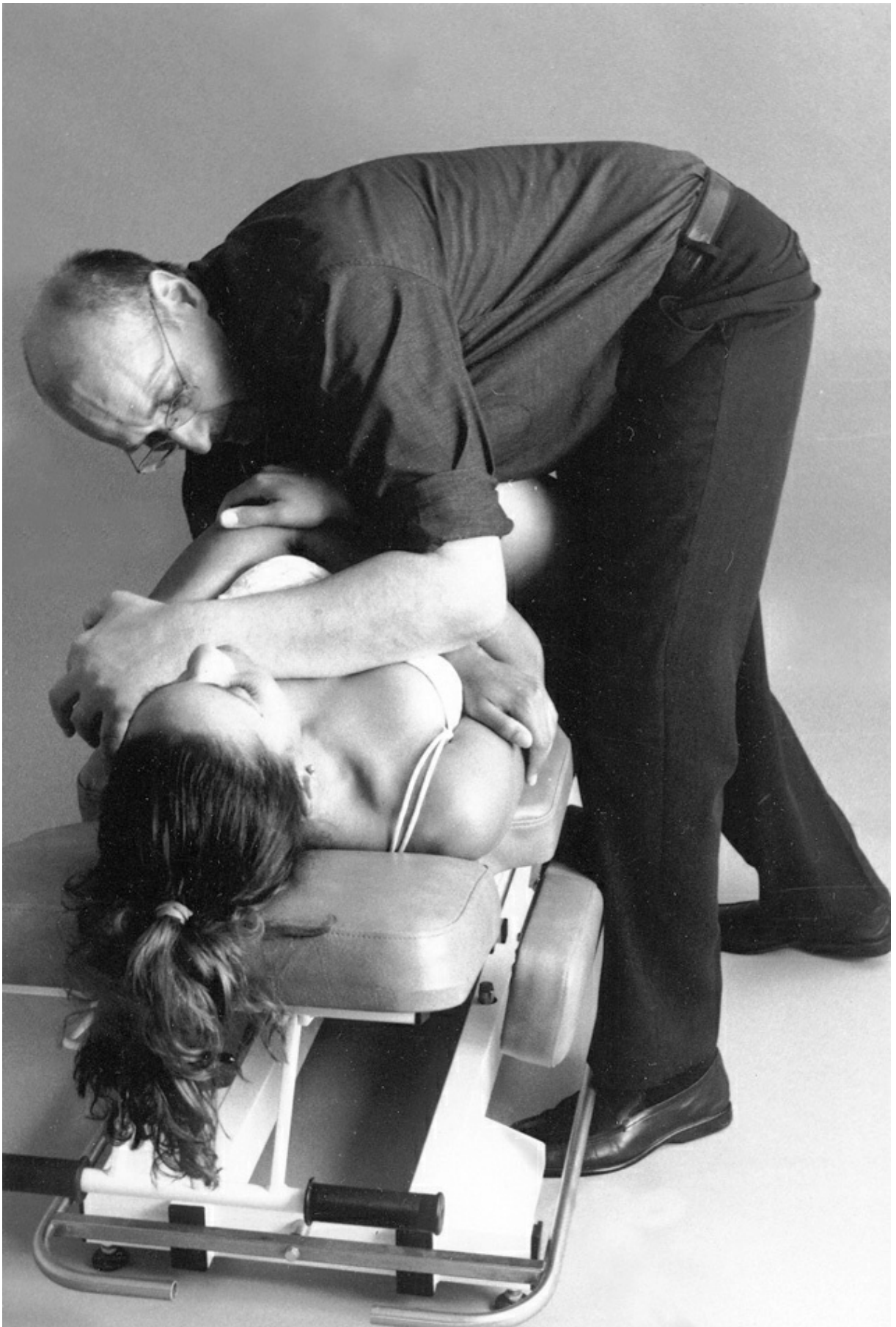


FIG. 4.5 Mise en place des paramètres, phase 1 : mise en place du levier

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

supérieur

Le praticien prend appui contre la table avec son membre inférieur gauche (1). La main gauche de ce dernier se place sur l'épaule gauche du sujet et, en même temps que cette action est réalisée, le praticien « compacte » le rachis dans l'axe, sans le verrouiller et en essayant d'aller le plus bas possible dans cette « compression » du rachis « étage par étage » jusqu'au contact avec la base sacrée gauche.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 4.6 Mise en place des paramètres, phase 2 : mise en place du levier inférieur

Le praticien, à l'aide de sa cuisse droite, va se plaquer contre la cuisse gauche du sujet et remonter cette dernière vers la table, ce qui va lui permettre de « fixer » le bassin sur la table à l'aide de son thorax, mais aussi de mettre en place le levier inférieur, via l'impaction de la tête du fémur gauche du sujet dans la cavité cotyloïde de l'ilium gauche jusqu'au contact avec la base sacrée gauche.

Important

Les deux leviers étant en place, ils doivent être maintenus sans verrouillage, jusqu'à ce que le praticien porte l'impulsion dans la dernière phase de réduction.



FIG. 4.7 Mise en place des paramètres, phase 3

Avant la mise en place définitive de la prise sur l'AIL droit du sacrum, une légère mise en supination de l'avant-bras du praticien, associée à une extension et une légère inclinaison ulnaire (cubitale) du poignet, permettra de bien ancrer le positionnement de la base de l'éminence hypothénar sur l'AIL droit du sacrum. La main gauche du praticien maintient toujours le rachis en compression via l'épaule gauche du sujet.

*****ebook converter DEMO Watermarks*****



FIG. 4.8 Mise en place des paramètres, phase 4

La main droite du praticien se présente en position neutre de pronosupination au moment de se placer sur l'AIL droit du sacrum du sujet avec une extension et une légère inclinaison ulnaire du poignet. Le rachis du sujet est toujours maintenu en compression, via son épaule gauche et par l'intermédiaire de la main droite du praticien.



FIG. 4.9 Mise en place des paramètres, phase 5

Une fois l'AIL droit du sacrum du sujet bien ancré sur la base de l'éminence hypothénar de la main droite du praticien, il faut bien avoir présent à l'esprit, avant de réaliser cette mobilisation avec impulsion, que la technique s'adresse au « grand bras droit » de l'auricule droite de l'articulation sacro-iliaque droite et au « petit bras gauche » de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche (en fonction du siège de la prédominance de la dysfonction), et qu'il s'agit de réaliser une triple manœuvre de manière simultanée :

- un mouvement du thorax du praticien d'arrière en avant qui aura pour but de « fixer » le bassin sur la table ;
- un double mouvement en sens opposé :
 - de haut en bas : à l'aide de sa main gauche sur l'épaule gauche du sujet pour agir sur le rachis en le compactant « étage par étage » jusqu'au contact avec le sacrum ;
 - de bas en haut : à l'aide de sa main droite positionnée sur l'AIL droit du sacrum du sujet qui exercera une poussée en direction de la tête du sujet – si la prédominance de la dysfonction siège sur l'AIL droit –, et en direction de la symphyse pubienne de ce dernier – si la prédominance de la dysfonction siège sur la base droite.



FIG. 4.10 Mobilisation avec impulsion : premier cas de figure

La restriction de mobilité prédomine sur le grand bras droit de l'auricule droit du sacrum, c'est-à-dire sur l'AIL droit.

Dès que l'on pousse avec la main droite, on est tout de suite dans la résistance.

C'est dans le sens de la mise en tension et contre cette résistance qu'il faut porter une impulsion brève et sèche : le traitement manipulatif est terminé.

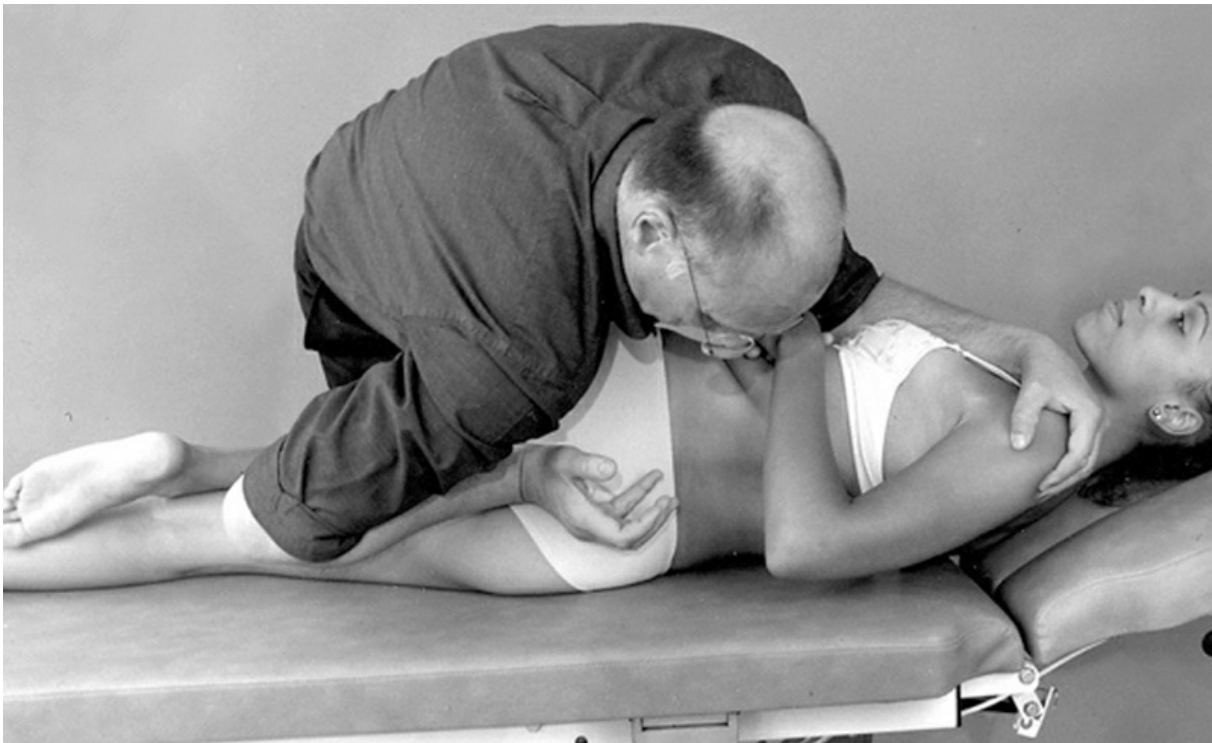


FIG. 4.11 Mobilisation avec impulsion : deuxième cas de figure, 1^{er} temps

La restriction de mobilité prédomine sur le petit bras gauche de l'auricule gauche du sacrum, c'est-à-dire sur la base gauche.

On perçoit peu de résistance lorsque l'on pousse avec la main droite, positionnée par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar sur l'AIL droit du sacrum du sujet. Dans ce cas de figure, il faut dans un premier temps épuiser, à l'aide de la poussée de la main droite sur l'AIL droit du sacrum, le mouvement dirigé de bas en haut et vers la tête du sujet.



FIG. 4.12 Mobilisation avec impulsion : deuxième cas de figure, 2^e temps

Dans un deuxième temps, il faut réaliser une forte supination de l'avant-bras en ramenant le coude contre soi et en poussant l'AIL droit du sujet en direction de la symphyse pubienne de ce dernier. La mobilisation avec impulsion en elle-même est réalisée à l'aide d'une impulsion brève et sèche dans le sens de la mise en tension et contre la résistance rencontrée, et le traitement manipulatif est terminé.

Ses épaules sont posées à plat sur la table, avec une légère rotation du tronc du sujet vers sa droite, qui fait que son épaule gauche n'est pas au contact de la table.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Après avoir « ramassé », impacté l'ensemble des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée (gauche puisqu'il s'agit d'une torsion sacrée antérieure droite/droite [TSADD]), il faut, avant de porter l'impulsion finale visant à lever la restriction de mobilité :

- veiller, en prenant appui sur l'AIL (droit puisqu'il s'agit d'une TSADD), à porter une vrille en direction de la symphyse pubienne, lorsque la prédominance de la restriction de mobilité porte sur la base sacrée gauche, c'est-à-dire sur le petit bras de l'auricule de l'articulation sacro-

iliaque correspondante ;

- et, au contraire, toujours en prenant appui sur l'AIL droit puisqu'il s'agit d'une TSADD, à ne pas porter de vrille en direction symphysaire, mais bien au contraire veiller à pousser « tout droit », en direction crâniale, lorsque la prédominance de la restriction de mobilité porte sur l'AIL droit, c'est-à-dire sur le grand bras de l'auricule de l'articulation sacro-iliaque correspondante.

La torsion sacrée antérieure gauche/gauche

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum « regarde » à gauche sur son axe oblique gauche, c'est-à-dire un axe qui va de la partie supérieure du grand bras gauche de l'auricule gauche à la partie inférieure de grand bras droit de l'auricule droit du sacrum.

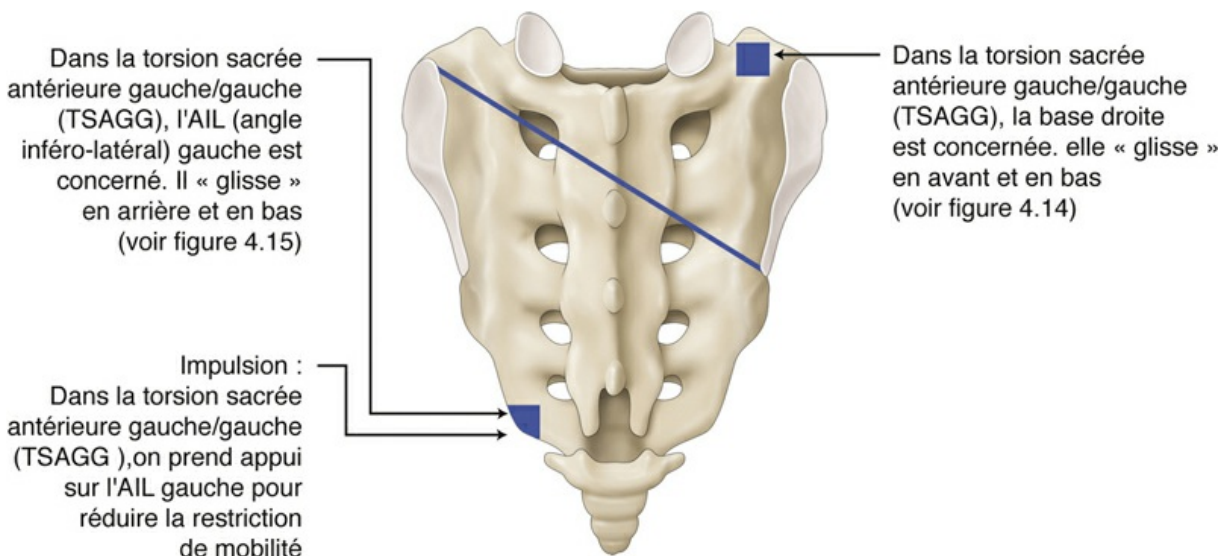


FIG. 4.13 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation de l'axe oblique gauche et des structures osseuses à prendre en compte (base droite et AIL gauche) pour réaliser le traitement manipulatif

Démarche diagnostique pour rechercher une TSAGG

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.
- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontale droite ou gauche) autour duquel

peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.

- Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion. Dans le cas qui nous occupe il s'agit d'un axe oblique gauche, et autour de ce type d'axe nous pouvons avoir :
 - une TSAGG ;
 - une torsion sacrée postérieure droite/gauche.
- Nous sommes dans le chapitre qui traite de la TSAGG le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.

Remarque : Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic

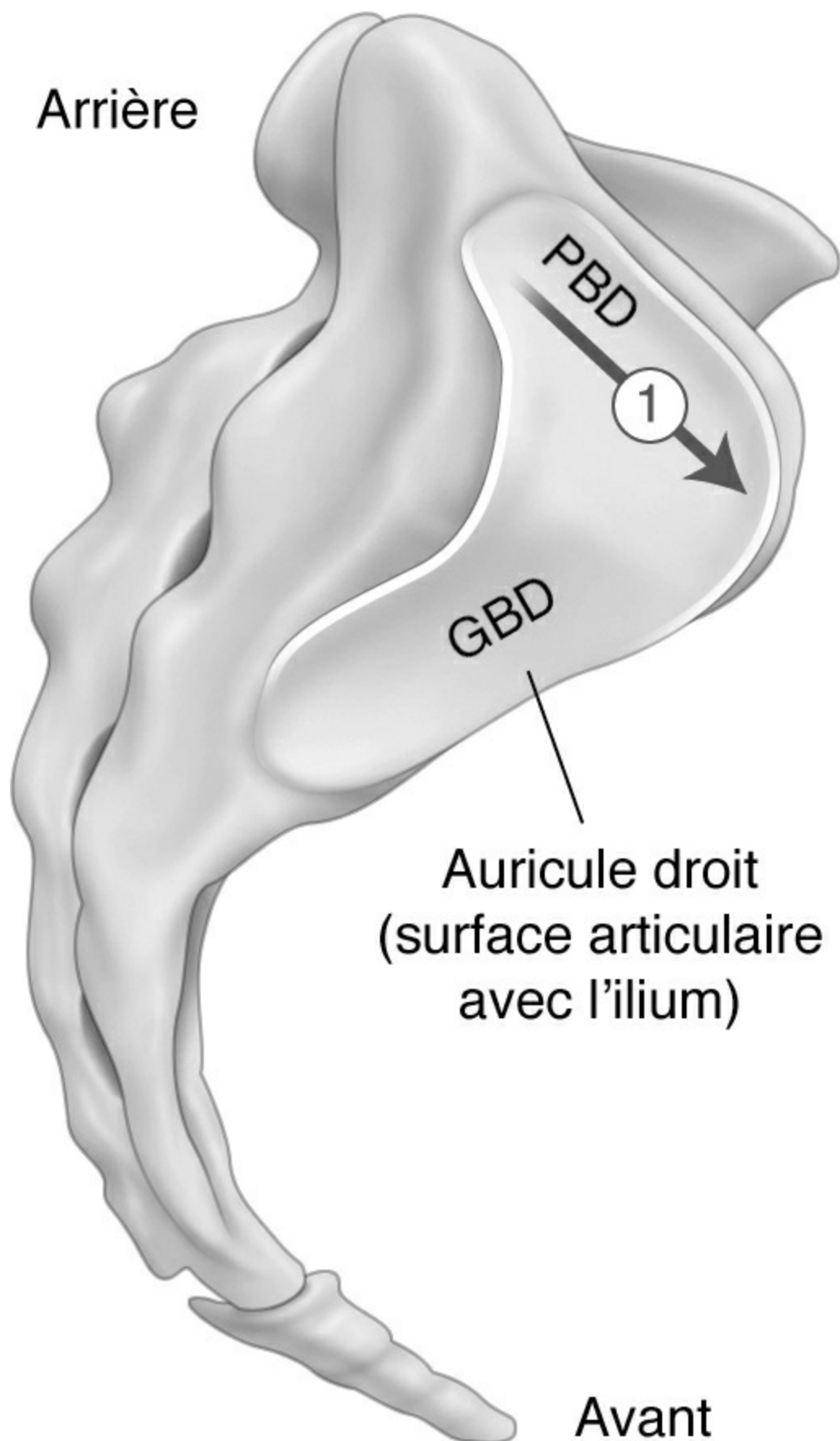


FIG. 4.14 Sacrum : vue latérale droite

Base droite

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale droite du sacrum par un « glissement » en avant et en bas du petit bras droit de l'auricule droit du sacrum – voir (1) [fig. 4.14](#) – sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base droite du sacrum en avant et en bas.

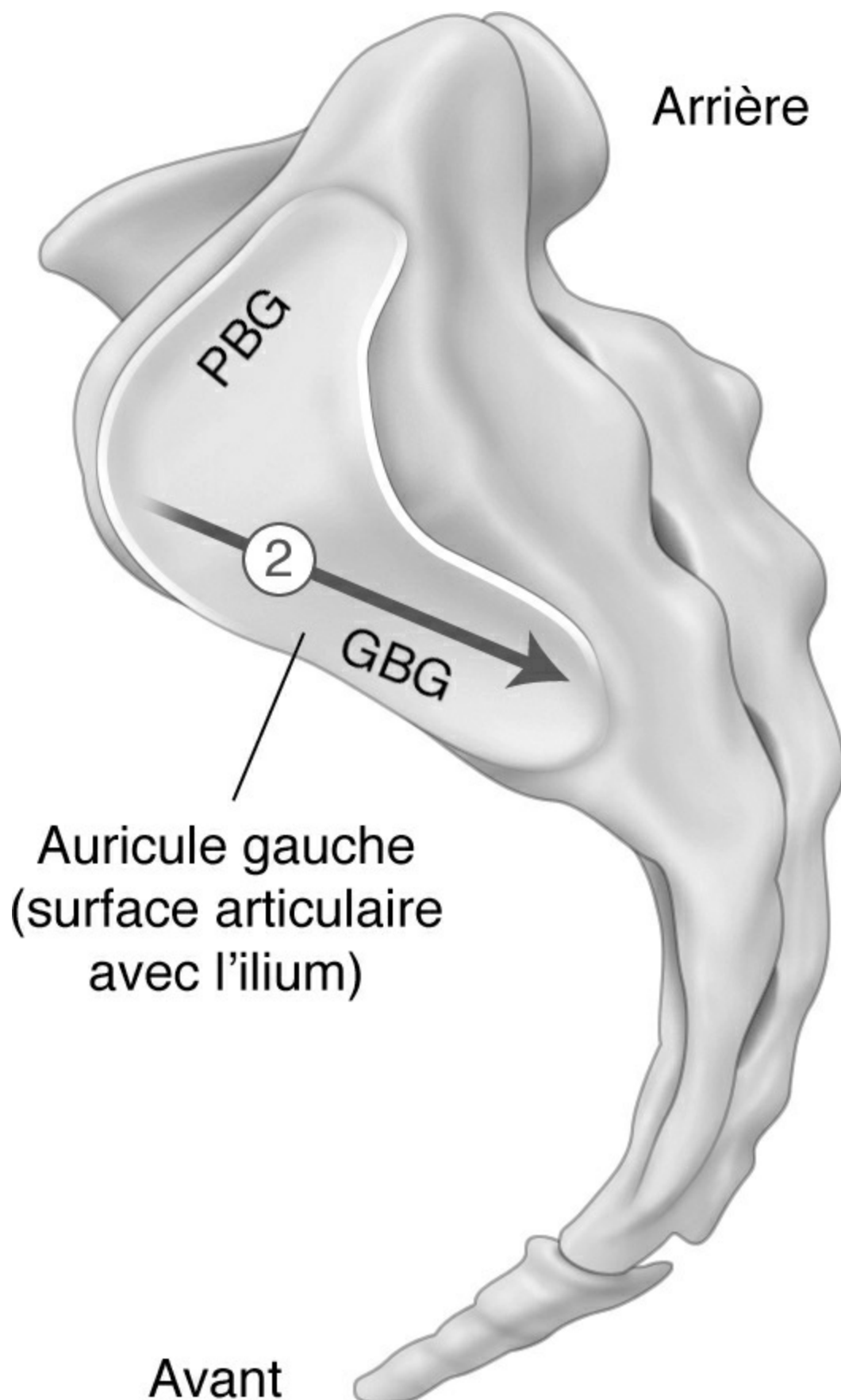


FIG. 4.15 Sacrum : vue latérale gauche

AIL gauche

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale gauche du sacrum par un autre « glissement » : celui, en arrière et en bas, du grand bras gauche de l'auricule gauche du sacrum – voir (2) [fig. 4.15](#) – sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL gauche du sacrum en arrière et en bas.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction, c'est-à-dire du côté de la base droite.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » : une fois sur la base gauche, une fois sur l'AIL droit.

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure dans l'espace (base droite, AIL gauche).

- Base droite : l'antériorité de la base droite donne un sulcus droit plus profond que le sulcus gauche, cette base droite peut également être douloureuse à la palpation-pression.
- L'AIL gauche est plus postérieur et plus bas situé que l'AIL droit et peut être aussi douloureux à la pression.

Test de l'appui sur la base droite

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base droite du sacrum donne un pouce qui « s'enfonce » lors de l'appui (ce qui signifie que la base concernée présente une certaine mobilité vers l'avant) : elle n'est donc pas bloquée en postériorité.

Test de l'appui sur l'AIL gauche

Une pression appliquée sur l'AIL gauche (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne :

- soit un appui qui ne « s'enfonce » pas (la résistance est directe et dure) : cela signifie que la dysfonction prédomine sur l'AIL gauche ;

- soit un appui qui s'enfonce légèrement (mais la base droite ne remonte pas) lors de la poussée exercée par la base de l'éminence hypothénar du praticien.

Cela signifie que la pression appliquée ne postérriorise pas la base droite, ce qui implique que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base droite puisqu'elle n'est pas mobilisable vers l'arrière. (Ce test vient conforter le test précédent.)

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent il est négatif (la base étant antérieure).

Causes

Causes directes

Les causes directes sont identiques à celles décrites à propos d'une torsion sacrée antérieure droite/droite (TSADD).

Causes secondaires

Tout problème survenant au niveau du rachis peut se répercuter au niveau du sacrum. Les causes secondaires sont identiques à celles décrites à propos d'une TSADD.

Exemple typique de ce type de dysfonction : le sujet qui prend un objet placé du côté gauche et en haut. (Ce type de mouvement peut provoquer un « blocage » de la région thoracolombaire [T11-T12 ; T11-L1].)

Les deux cas de figure possibles face à ce type de « blocage » sont identiques à ce qui a été décrit à propos des TSADD.

Important

Il ne faut pas oublier, devant ce type de dysfonction, que c'est un sacrum qui « vit » dans cette position et à qui on demande subitement une adaptation supplémentaire.

À propos de l'examen clinique

Ce sont des sujets qui se présentent en général à la consultation en se plaignant du bas du dos.

Les signes sont identiques à ce qui a été décrit à propos des torsions

sacrées antérieures droite/droite. On les rappelle brièvement :

- difficulté à fléchir le tronc lorsque l'on est assis ou debout ;
- passage douloureux ou gêne lorsque l'on passe de la position assise à la position debout ;
- douleur assez vive lorsque l'on est en phase aiguë ; plutôt une gêne lorsque l'on est en phase chronique.

À retenir avant réduction

Si le sujet augmente la dysfonction dans laquelle il s'est installé, il ressent de la gêne, mais en principe il ne consulte pas.

En résumé : c'est une dysfonction fréquente, et adaptative, donc peu ou pas douloureuse ; à corriger lors d'un blocage aigu.

Important

Si le sujet consulte en ayant une dysfonction inverse à celle dans laquelle il vit (c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, une dysfonction droite/droite, le sujet « vivant » en torsion antérieure gauche/gauche), il vient parce qu'il n'est plus dans son adaptation (dans sa torsion). Il se présente en phase aiguë ou chronique et dans ce cas il faut le traiter.

Technique de réduction

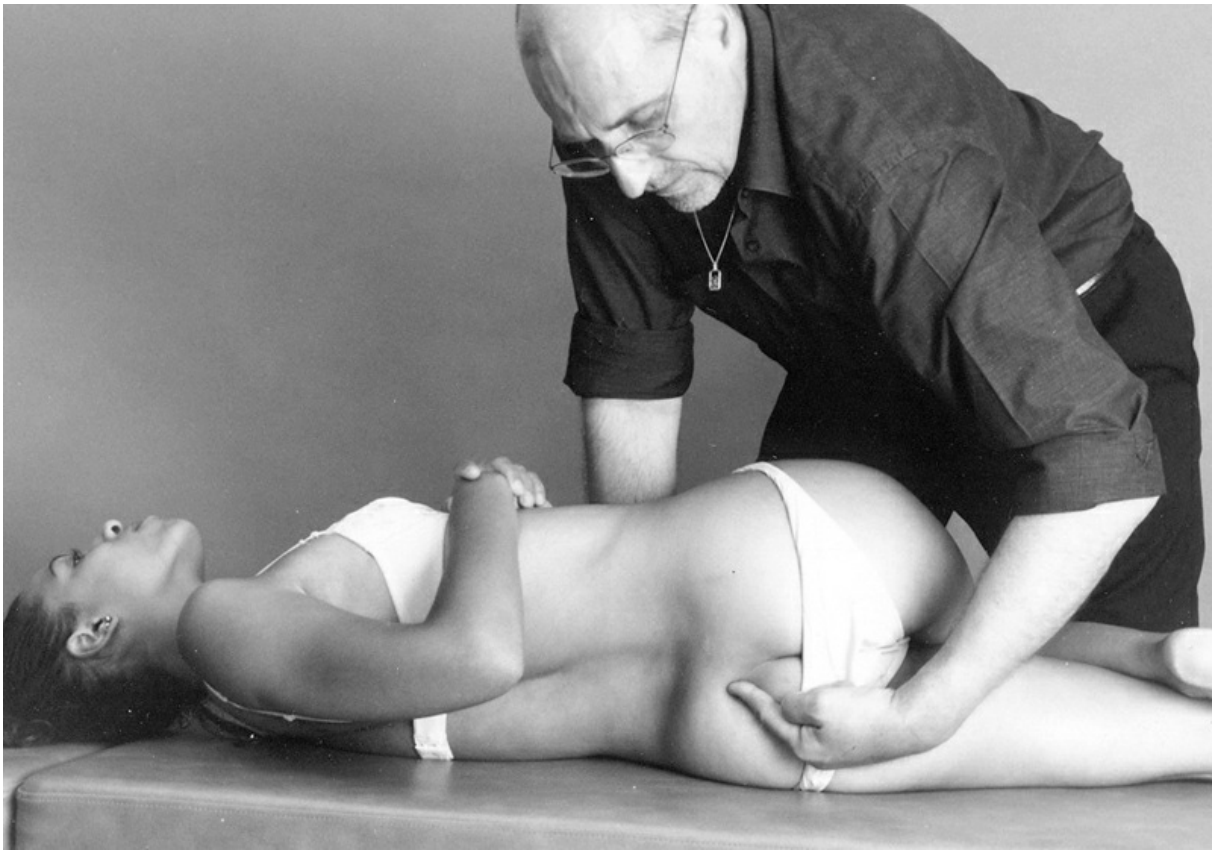


FIG. 4.16 Position du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll.

Son bassin a été amené en torsion gauche, face au praticien, de telle sorte que la face latérale de son ilium gauche repose sur la table.

- Son membre inférieur droit, placé en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville – repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied droit dans la fosse poplitée de son genou gauche.
- Sa tête, posée à plat sur la table, peut être surélevée si le sujet le désire.
- L'index du praticien désigne l'AIL gauche où va s'exercer la force nécessaire et suffisante à travers la mobilisation avec impulsion pour lever ou réduire les restrictions de mobilité liées à ce type de dysfonction.



FIG. 4.17 Mise en place des paramètres, phase 1 : mise en place du levier

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

supérieur

Le praticien prend appui avec son membre inférieur droit contre la table (1). La main droite de ce dernier se plaque sur l'épaule droite du sujet et, en même temps que cette action est réalisée, le praticien « compacte » le rachis dans l'axe sans le verrouiller en essayant d'aller le plus bas possible dans cette « compression » du rachis « étage par étage » jusqu'au contact avec la base sacrée droite.



FIG. 4.18 Mise en place des paramètres, phase 2 : mise en place du levier inférieur

Le praticien à l'aide de sa cuisse gauche va se plaquer contre la cuisse
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

droite du sujet et remonter cette dernière vers la table, ce qui va lui permettre de « fixer » le bassin sur la table à l'aide de son thorax, mais aussi de mettre en place le levier inférieur, via l'impaction de la tête du fémur droit du sujet dans la cavité cotyloïde de l'ilium droit jusqu'au contact avec la base sacrée droite.

Important

Les deux leviers étant en place, ils doivent être maintenus sans verrouillage, jusqu'à ce que le praticien porte l'impulsion dans la dernière phase de la réduction.



FIG. 4.19 Mise en place des paramètres, phase 3 : positionnement de la main gauche du praticien

Avant la mise en place définitive de la prise sur l'AIL gauche du sacrum, une légère mise en supination de l'avant-bras du praticien associée à une extension et une légère inclinaison ulnaire (cubitale) du poignet, permettra de bien ancrer le positionnement de la base de l'éminence hypothénar sur l'AIL gauche du sacrum. La main droite du praticien maintient toujours l'épaule droite du sujet en maintenant la compression sur le rachis.



FIG. 4.20 Mise en place des paramètres, phase 4

La main gauche du praticien se présente en position neutre de pronosupination au moment de se placer sur l'AIL gauche du sacrum du sujet, avec une extension du poignet et une légère inclinaison ulnaire (cubitale) de ce dernier. Le rachis du sujet est toujours maintenu en compression, *via* son épaule droite et par l'intermédiaire de la main gauche du praticien.



FIG. 4.21 Mise en place des paramètres, phase 5

Une fois l'AIL gauche du sacrum du sujet bien ancré sur la base de l'éminence hypothénar de la main gauche du praticien, il faut bien avoir présent à l'esprit, avant de réaliser cette mobilisation avec impulsion, que la technique s'adresse au « grand bras gauche » de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche, et éventuellement au « petit bras droit » de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite (en fonction du siège de la prédominance de la dysfonction), et qu'il s'agit de réaliser une triple manœuvre de manière simultanée :

- un mouvement du thorax du praticien d'arrière en avant qui aura pour but de « fixer » le bassin sur la table ;
- un double mouvement de sens opposé à l'aide de ses deux mains :
 - De haut en bas : à l'aide de sa main droite sur l'épaule droite du sujet pour agir sur le rachis en le compactant « étage par étage » jusqu'au contact avec le sacrum ;
 - De bas en haut : à l'aide de sa main gauche positionnée sur l'AIL gauche du sacrum du sujet qui exercera une poussée en direction de la tête du sujet, si la prédominance de la dysfonction siège sur l'AIL gauche, et en direction de la symphyse pubienne de ce dernier si la prédominance de la dysfonction siège sur la base droite.



FIG. 4.22 Mobilisation avec impulsion : premier cas de figure

La restriction de mobilité prédomine sur le grand bras gauche de l'auricule gauche du sacrum, c'est-à-dire sur l'AIL gauche.

Dès que l'on pousse avec la main gauche, on est tout de suite dans la résistance.

C'est dans le sens de la mise en tension et contre la résistance qu'il faut porter une impulsion brève et sèche : le traitement manipulatif est terminé.



FIG. 4.23 Mobilisation avec impulsion : deuxième cas de figure, 1^{er} temps

La restriction de mobilité prédomine sur le petit bras droit de l'auricule droit du sacrum, c'est-à-dire sur la base droite.

On perçoit peu de résistance lorsque l'on pousse avec la main gauche, positionnée par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar sur l'AIL gauche du sacrum du sujet. Dans ce cas de figure, il faut dans un premier temps épuiser à l'aide de la poussée de la main gauche sur l'AIL gauche du sacrum le mouvement dirigé de bas en haut et vers la tête du sujet.



FIG. 4.24 Mobilisation avec impulsion : deuxième cas de figure, 2^e temps

Dans un deuxième temps, il faut réaliser une forte supination de l'avant-bras en ramenant le coude contre soi et en poussant l'AIL gauche du sujet en direction de la symphyse pubienne du sujet. La mobilisation avec impulsion en elle-même est réalisée à l'aide d'une impulsion brève et sèche dans le sens de la mise en tension et contre la résistance rencontrée : le traitement manipulatif est terminé.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Après avoir « ramassé », impacté l'ensemble des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée (droite puisqu'il s'agit d'une torsion sacrée antérieure gauche/gauche [TSAGG]), il faut, avant de porter l'impulsion finale visant à lever la restriction de mobilité :

- veiller, en prenant appui sur l'AIL gauche puisqu'il s'agit d'une TSAGG, à porter une vrille en direction de la symphyse pubienne, lorsque la prédominance de la restriction de mobilité porte sur la base sacrée droite, c'est-à-dire sur le petit bras de l'auricule de l'articulation sacro-iliaque correspondante ;

- et, au contraire, toujours en prenant appui sur l'AIL gauche puisqu'il s'agit d'une TSAGG, à ne pas porter de vrille en direction symphysaire, mais bien au contraire veiller à pousser « tout droit », en direction crâniale, lorsque la prédominance de la restriction de mobilité porte sur l'AIL gauche, c'est-à-dire sur le grand bras de l'auricule de l'articulation sacro-iliaque correspondante.

La torsion sacrée postérieure droite/gauche

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum « regarde » à droite sur son axe oblique gauche, c'est-à-dire un axe qui va du pôle supérieur du grand bras gauche de l'auricule gauche au pôle inférieur du grand bras droit de l'auricule droit du sacrum.

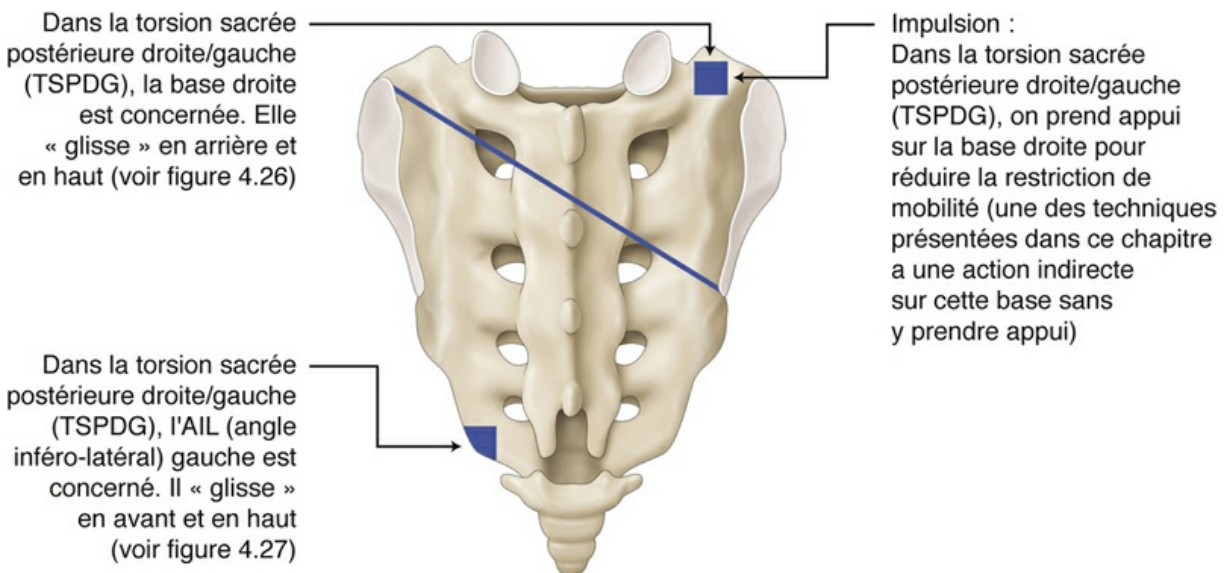


FIG. 4.25 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation de l'axe oblique gauche et des structures osseuses à prendre en compte (base droite et AIL gauche) pour réaliser le traitement manipulatif

Démarche diagnostique pour rechercher une TSPDG

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.
- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontale droite ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.

- Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion. Dans le cas qui nous occupe il s'agit d'un axe oblique gauche, et autour de ce type d'axe nous pouvons avoir :
 - une torsion sacrée antérieure gauche/gauche ;
 - une TSPDG.
 - Nous sommes dans le chapitre qui traite de la TSPDG le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.
- Remarque :** Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

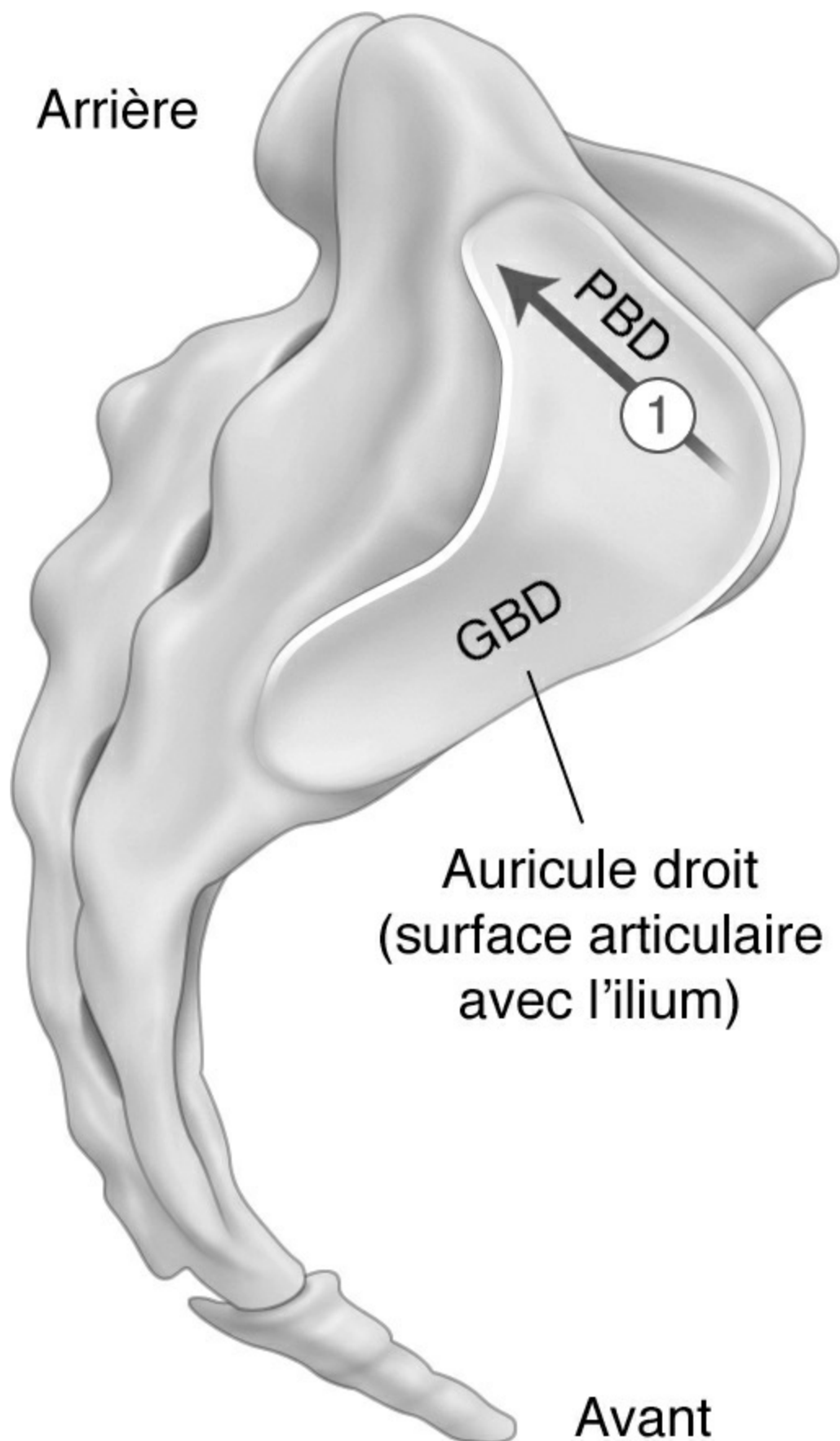


FIG. 4.26 Sacrum : vue latérale droite

Base droite

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale droite du sacrum par un « glissement » en arrière et en haut du petit bras droit de l'auricule droit du sacrum – voir (1) [fig. 4.26](#) – sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base droite du sacrum en arrière et en haut.

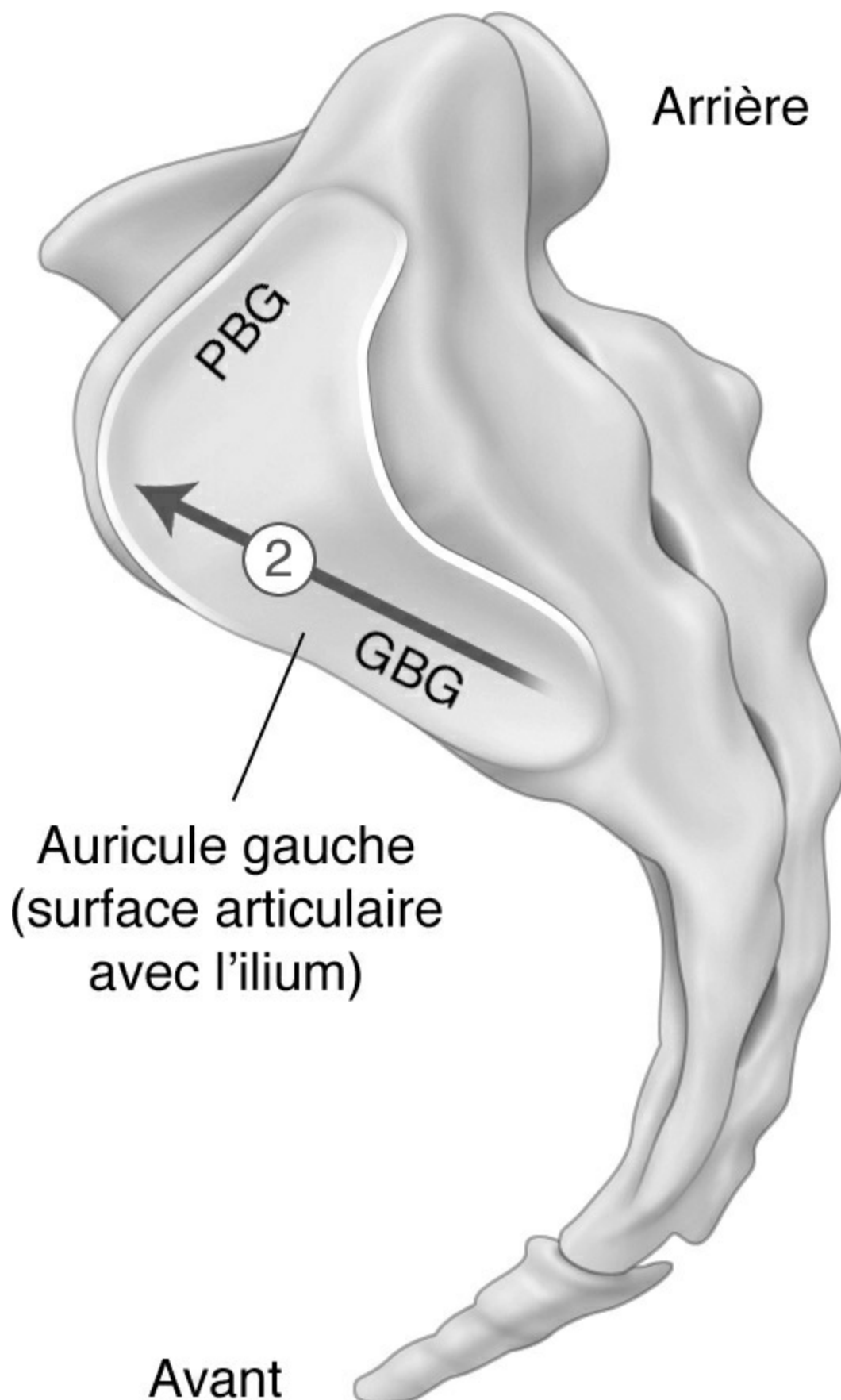


FIG. 4.27 Sacrum : vue latérale gauche

AIL gauche

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale gauche du sacrum par un autre « glissement » : celui, en avant et en haut, du grand bras gauche de l'auricule gauche du sacrum – voir (2) [fig. 4.27](#) – sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL gauche du sacrum en avant et en haut.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction, c'est-à-dire du côté de la base droite.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » : une fois sur la base gauche, une fois sur l'AIL droit.

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure, dans le cas présent le sulcus droit est plus comblé que le sulcus gauche.

Test de l'appui sur la base droite

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base droite du sacrum donne un pouce qui ne « s'enfonce » pas lors de l'appui (ce qui signifie que la base concernée est « bloquée » en postériorité).

Test de l'appui sur l'AIL gauche

Une pression appliquée sur l'AIL gauche (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne un appui qui s'enfonce lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifie que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base droite, confirmant ainsi le test précédent.

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent, il est positif (la base étant postérieure).

Causes

Causes directes

Sports et loisirs, activités professionnelles, divers :

- soulever un poids dans de mauvaises conditions ;
- le mauvais réglage d'un siège lors d'un long trajet en voiture.

Dans ce type de situations, l'ilium ou le sacrum sont susceptibles de se postérioriser.

- Les mouvements de flexion du tronc accompagné de rotation, ce qui se produit par exemple lors de la cueillette des fraises, des haricots, etc.
- Tous les faux mouvements en torsion.
- Lorsqu'un sujet reste penché en avant pendant une période relativement longue et qu'il se redresse brusquement, le sacrum peut rester « bloqué » en torsion sacrée postérieure droite/gauche.

À propos de l'examen clinique

En phase aiguë, il est impossible pour le sujet de se mettre en extension lombaire : il se met en cyphose lombaire.

En phase chronique, il présente simplement une gêne dans les mêmes types de mouvements.

Il y a toujours trois points fondamentaux à respecter au cours du bilan qui précède le traitement. Sur le plan anamnestique, il faut demander au sujet :

- de localiser sa douleur en mettant précisément le doigt dessus (dans le cas présent, le sujet désigne avec son index la partie postérieure de la base droite de son sacrum et son AIL gauche sur le bord latéral du sacrum) ;
- de lui faire préciser dans quel mouvement ou quelle partie du mouvement il a mal (dans le cas présent, le fait de se pencher en avant peut-être douloureux, il dit être bien lorsqu'il se trouve en cyphose lombaire).

À retenir avant réduction

Il ne faut pas oublier que la réduction ne sera obtenue qu'à la condition expresse de respecter l'attitude antalgique prise par le sujet. Il arrive quelquefois que ce dernier ne puisse se coucher sur le côté souhaité par le praticien, et dans ce cas il faudra s'adapter en adoptant une autre technique.

Technique de réduction 1



FIG. 4.28 Position du sujet et du praticien valable pour les trois techniques présentées dans ce chapitre.

Le sujet est placé en lumbaroll.

Son bassin a été amené en torsion gauche face au praticien de telle sorte que la face latérale de son ilium gauche repose sur la table.

- Son membre inférieur droit placé en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville – repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied droit dans la fosse poplitée du genou gauche.
- Sa tête, posée à plat sur la table, peut être surélevée.
- L'index du praticien désigne la partie postérieure de la base droite où va s'exercer la force nécessaire et suffisante à travers la mobilisation avec impulsion pour lever ou réduire les restrictions de mobilité liées à ce type de dysfonction.



FIG. 4.29 Mise en place des paramètres, phase 1

Le praticien place la partie latérale (radiale) de la base de la première phalange (P1) de son index gauche sur la face postérieure de la base sacrée droite du sujet. Cette prise nécessite une déviation ulnaire (cubitale) du poignet gauche du praticien. La main droite du praticien empaume l'épaule droite du sujet.

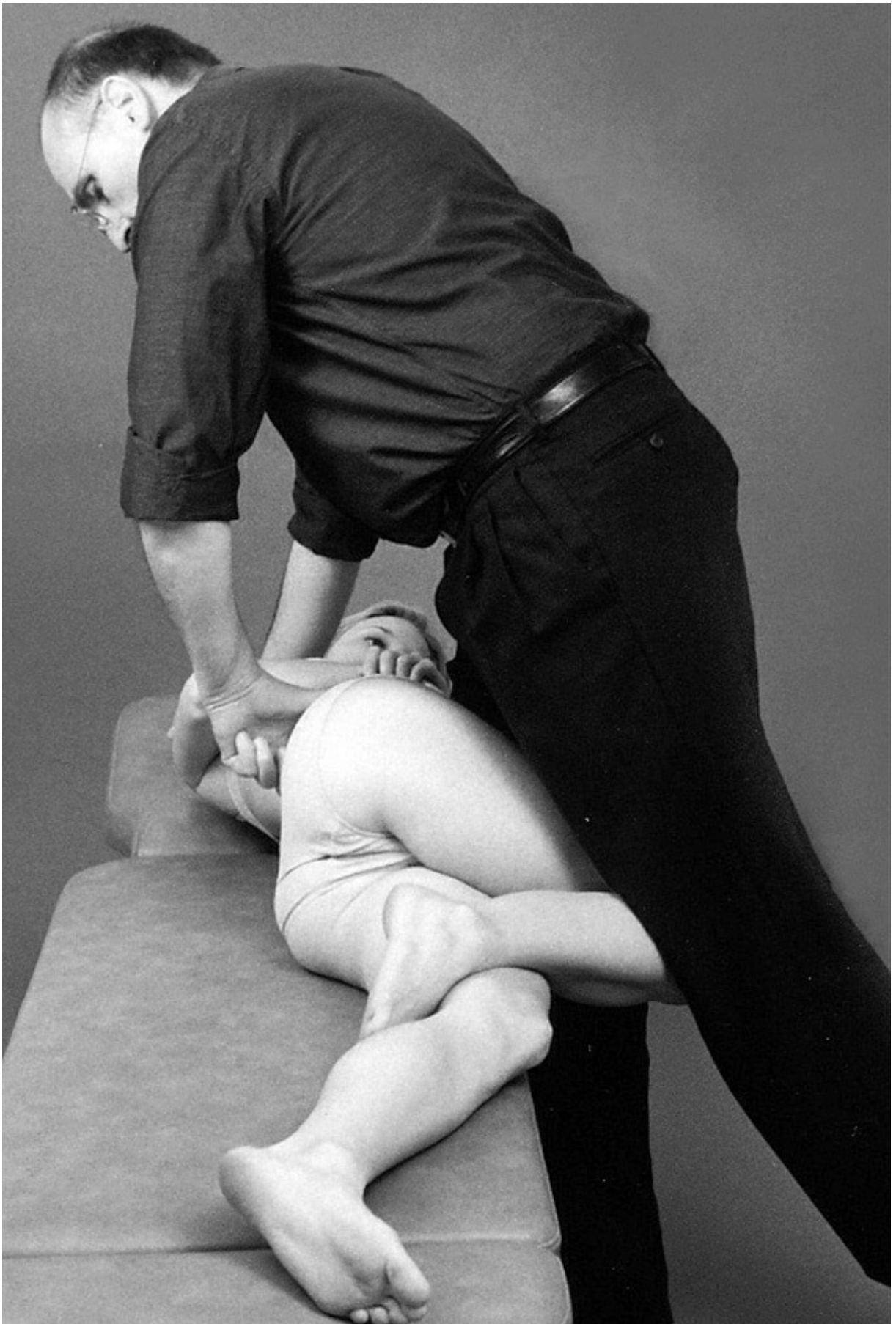


FIG. 4.30 Mise en place des paramètres, phase 2

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

- À l'aide de sa main droite le praticien ramène le levier supérieur sur la base droite du sacrum en compactant le rachis étage par étage sur cette dernière structure.
- À l'aide de son membre inférieur gauche, le praticien ramène aussi le levier inférieur sur cette même base droite du sacrum en compactant la tête du fémur droit dans la cavité cotyloïde de son ilium droit.



FIG. 4.31 Mobilisation avec impulsion

Il s'agit d'un mouvement complexe qui associe :

- au niveau de l'épaule : une rotation médiale (interne) ;
- au niveau du coude : une pronation associée à une extension brève et sèche de ce dernier.

Le dernier temps de la mobilisation est une impulsion brève et sèche exécutée dans le sens de la mise en tension et contre la résistance.

Noter le contact très étroit entre la cuisse gauche du praticien et la face latérale de la cuisse droite du sujet, action qui permet de maintenir en place le levier inférieur.

Le levier supérieur est maintenu en place par l'intermédiaire de la main droite du praticien placée sur l'épaule droite du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Elle est décrite dans la partie *Technique de réduction 3* et elle est commune aux trois techniques réalisant la mobilisation avec impulsion, en utilisant :

- le bord radial de la première phalange de l'index ([fig. 4.29](#)) ;
- le pouce ([fig. 4.32](#)) ;
- la base de l'éminence hypothénar ([fig. 4.35](#)).

Technique de réduction 2

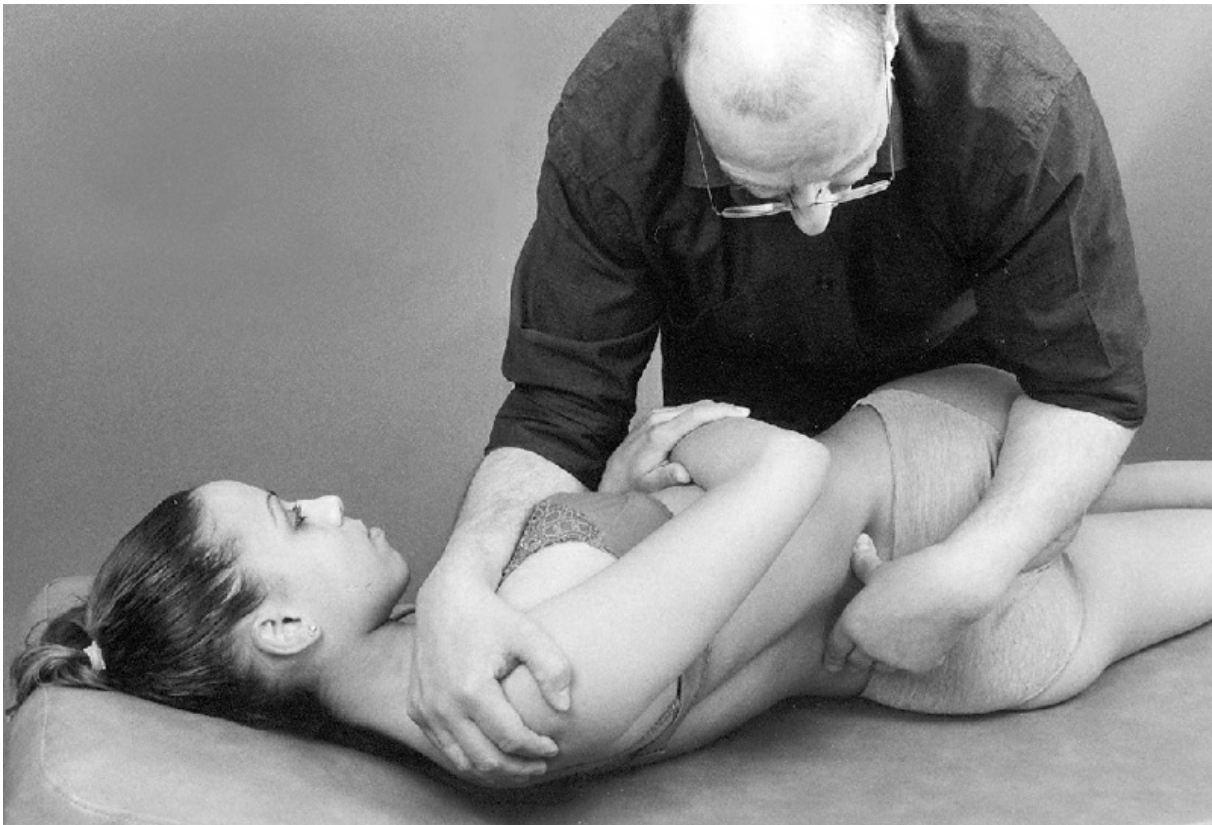


FIG. 4.32 Position du sujet et du praticien

- Le sujet est placé en lumbaroll ; la tête est surélevée ou non, selon la volonté du sujet.
- Le bassin est positionné en torsion gauche face au praticien, de telle manière que la face latérale de son ilium gauche repose sur la table.
- Le membre inférieur droit du sujet, placé en triple flexion, repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied droit dans la fosse poplitée du genou gauche.
- Le praticien maintient l'épaule droite du sujet à l'aide de sa main droite.

De son avant-bras gauche, le praticien enroule délicatement la fesse droite du sujet, afin de ne pas amener l'ilium droit en antériorité et pour venir se placer par l'intermédiaire de son pouce gauche au contact de la face postérieure de la base droite du sacrum.

Noter la position « cassée » (en flexion extrême) du poignet gauche du praticien.

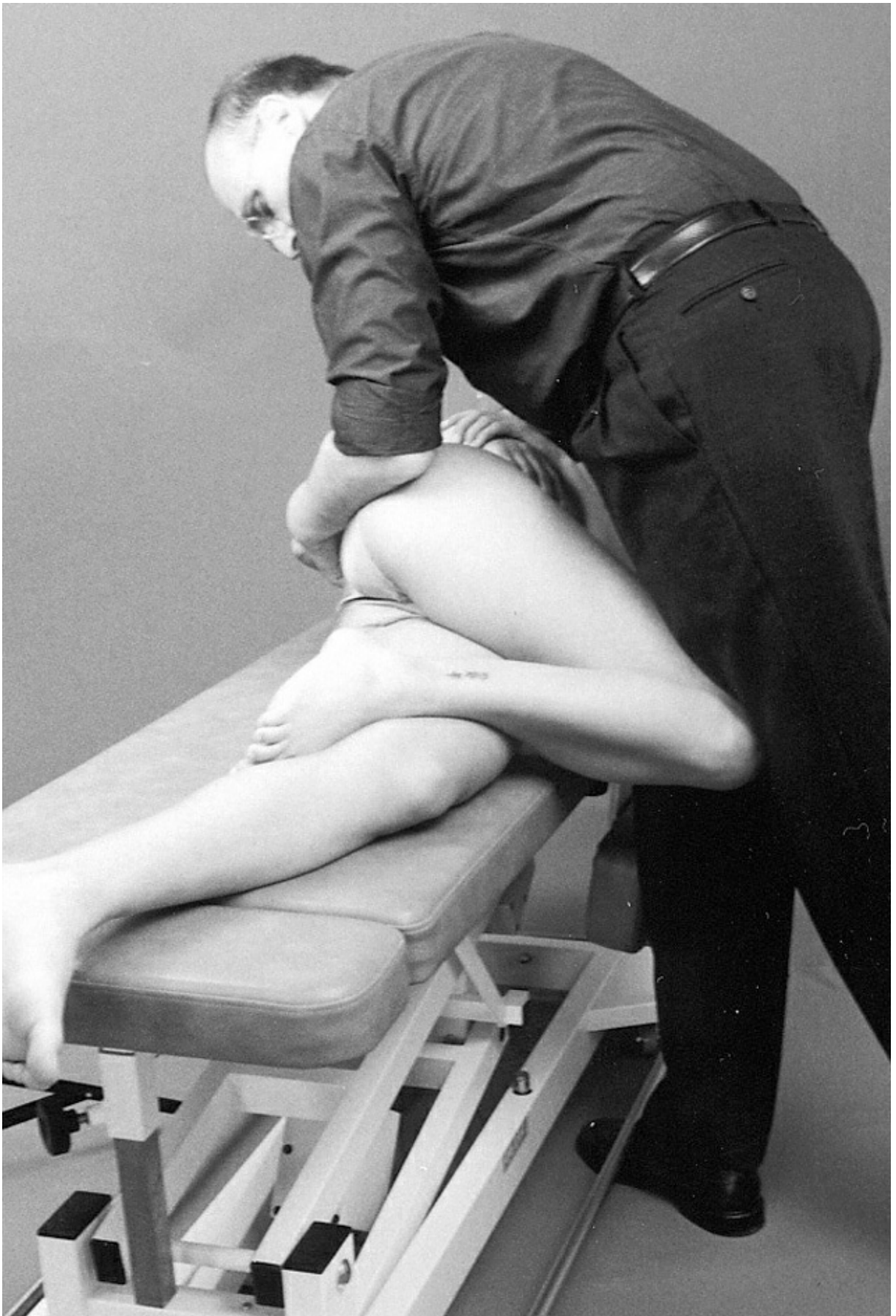


FIG. 4.33 Mise en place des paramètres

- Le praticien amène le sujet vers lui, et, par l'intermédiaire de sa main droite, placée sur l'épaule droite du sujet, il amène le levier supérieur sur la base droite du sujet en compactant le rachis étage par étage jusqu'au contact avec cette dernière structure.
- Il compacte également le levier inférieur sur cette même structure (la base droite) en amenant l'ilium droit en postériorité, via le fémur droit du sujet lui-même impacté dans le cotyle par l'intermédiaire de la cuisse gauche du praticien. La position « cassée » en flexion extrême du poignet gauche du praticien est maintenue, pour assurer une mobilisation avec impulsion optimale.



FIG. 4.34 Mobilisation avec impulsion

Noter le contact très étroit entre le fémur gauche du praticien et la face latérale de la cuisse droite du sujet. Selon la morphologie du sujet on peut être amené à utiliser son bassin, son thorax, la totalité de son flanc gauche ou son avant-bras gauche pour obtenir cette mise en place du levier inférieur.

La mobilisation avec impulsion par l'intermédiaire du pouce est exécutée dans le sens de la mise en tension et contre la résistance, l'épaule droite du sujet étant toujours maintenue par la main droite du praticien.

Important

L'ilium gauche placé sur la table est fixé, l'ilium droit est compacté via la mise en place du levier inférieur, sur la base droite du sacrum du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Elle est commune aux trois techniques réalisant la mobilisation avec impulsion, en utilisant :

- le bord radial de la première phalange de l'index ([fig. 4.29](#)) ;
- le pouce ([fig. 32](#)) ;
- la base de l'éminence hypothénar ([fig. 4.35](#)).

Technique de réduction 3

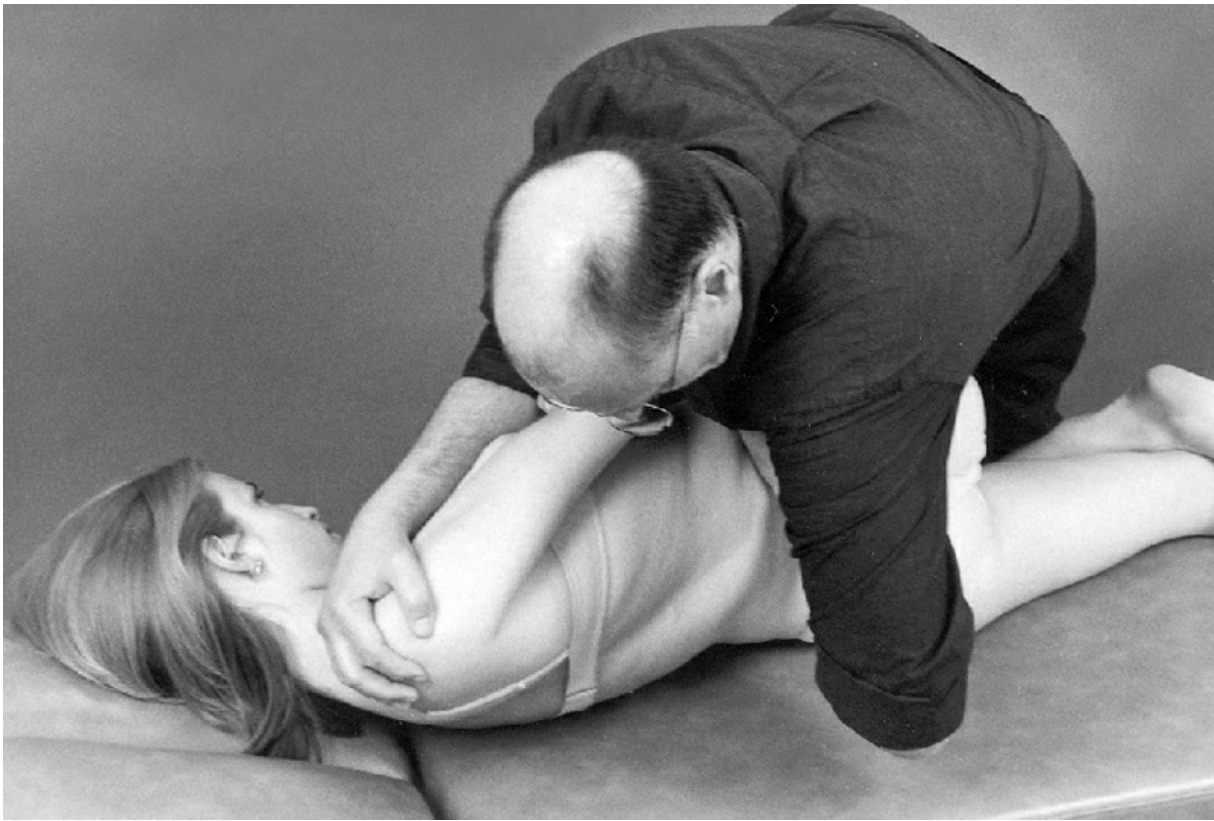


FIG. 4.35 Positionnement du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres

Le sujet est placé en lumbaroll. Le praticien peut également utiliser la base de son éminence hypothénar pour venir se plaquer au contact de la face postérieure de la base droite du sacrum, afin de réaliser la mobilisation avec impulsion.

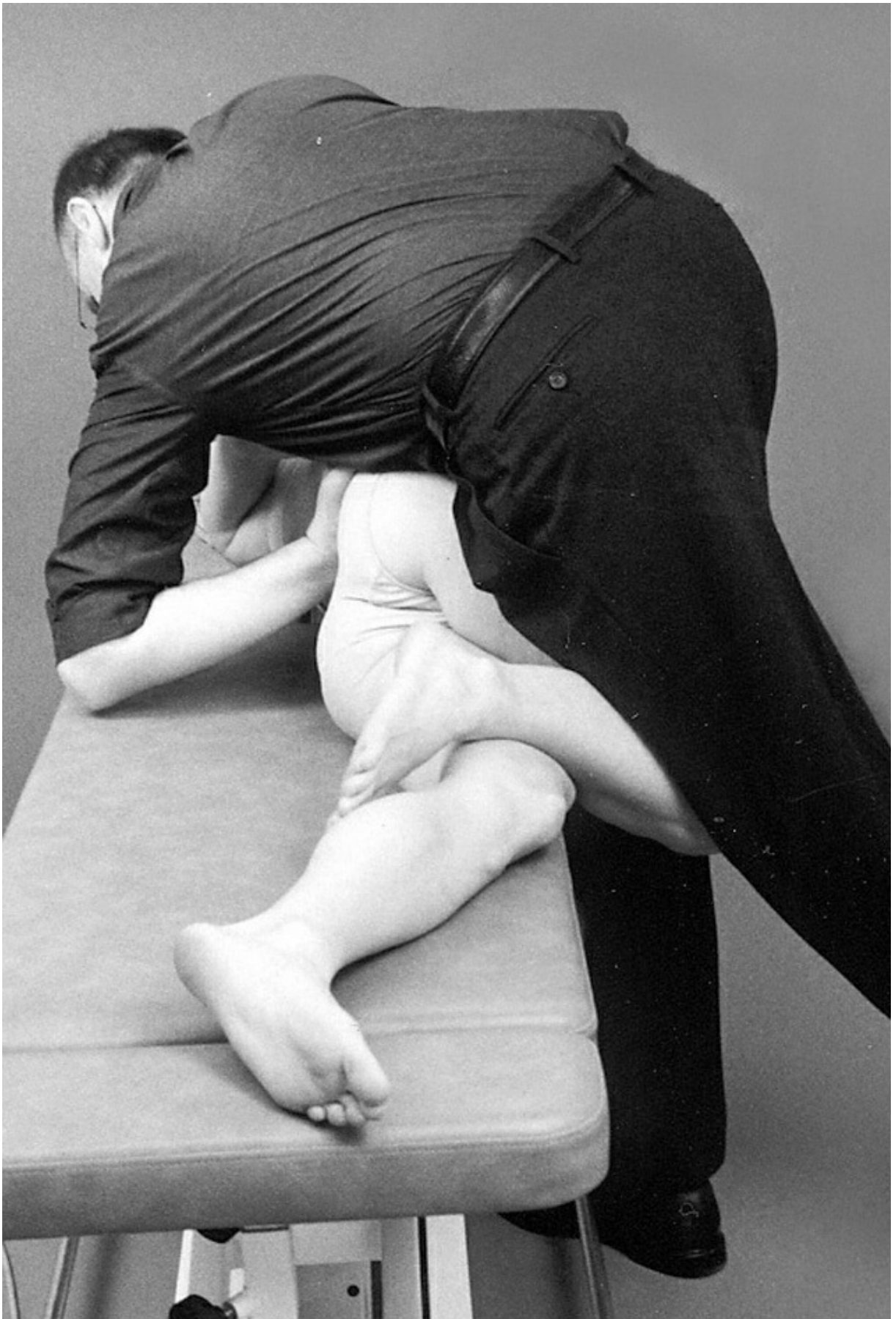


FIG. 4.36 Mobilisation avec impulsion

Noter l'appui du flanc gauche du praticien (tronc, bassin, fémur) sur l'os iliaque droit et le grand trochanter droit du sujet. Le but de cette stabilisation est de « fixer » le bassin tout en mettant en place le levier inférieur afin que la mobilisation avec impulsion se focalise sélectivement sur la base droite puisque c'est elle qu'il faut antérioriser. Le dernier temps de la mobilisation se fait dans le sens de la mise en tension et contre la résistance, sans oublier la double impaction des leviers supérieur et inférieur sur la base droite du sujet.

Remarque : Noter la position du coude du praticien bien en dessous de l'EIPS afin de ne pas antérioriser l'ilium mais la base droite du sujet (à comparer avec la technique utilisée pour réduire la dysfonction d'un ilium postérieur).

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Il faut bien avoir présent à l'esprit que cette double « impaction » des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée droite, puisqu'il s'agit d'une TSPDG, a pour objectif de produire ce que l'on peut appeler un « effet entonnoir », lequel a pour conséquence de condenser et de focaliser toute l'énergie emmagasinée par cette double impaction sur un seul point : la face postérieure de la base sacrée droite, dans le seul but de l'antérioriser.

L'impulsion brève et sèche (de basse amplitude et de haute vitesse) donnée par le praticien (dans le sens de la mise en tension et contre la résistance) vient finaliser un geste technique d'une complexité certaine, mais d'une grande efficacité si la mise en place chronologique des différents paramètres a été scrupuleusement respectée.

Technique de réduction 4



FIG. 4.37 Position du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est en décubitus, la tête surélevée, les bras croisés autour de son cou (ou bien croisés sur sa poitrine) ; la face postérieure de sa cheville droite repose sur le cou-de-pied de sa cheville gauche.

Premier temps

Le praticien place sa main droite au niveau du sulcus droit de manière à être en regard de l'articulation sacro-iliaque droite.

Deuxième temps

Le praticien soulève légèrement les membres inférieurs et effectue de légers mouvements d'abdo-adduction de hanche dans le but de positionner en ouverture optimale l'interligne articulaire de l'articulation sacro-iliaque droite. Dès que le praticien perçoit ce mouvement d'ouverture au niveau de sa main droite, il cesse d'imprimer aux membres inférieurs du sujet ces mouvements d'abdo-adduction et pose les membres inférieurs sur la table dans la position d'ouverture optimale de l'articulation sacro-iliaque droite.



FIG. 4.38 Mise en place des paramètres, phase 2

Le praticien s'empare des épaules du sujet pour mettre en place le levier supérieur.

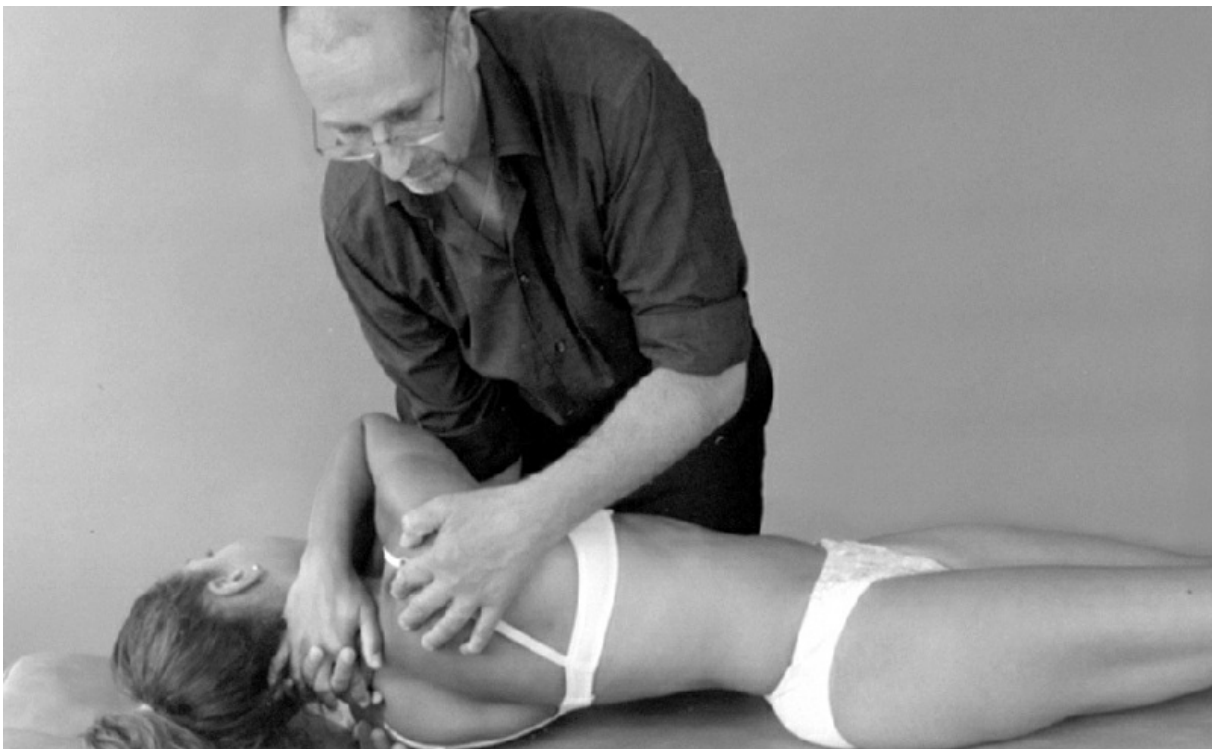


FIG. 4.39 Mise en place des paramètres, phase 3

Noter la mise en torsion gauche du tronc du sujet par le praticien.



FIG. 4.40 Mise en place des paramètres, phase 4

De sa main gauche, le praticien maintient le tronc du sujet (levier supérieur) en décubitus latéral gauche. À l'aide de son avant-bras droit, il se place au contact de l'hémithorax droit du sujet.



FIG. 4.41 Mise en place des paramètres, phase 5

Le praticien glisse son avant-bras droit le long de l'hémithorax droit du sujet pour aller le plus près possible de l'articulation sacro-iliaque droite à l'aide de sa main droite.

La main gauche du praticien se place sur l'ilium droit du sujet au contact de l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS).



FIG. 4.42 Mise en place des paramètres, phase 6

La main gauche du praticien vient se positionner sur l'EIAS de l'ilium droit pour le maintenir et l'empêcher de s'antérioriser. Il s'agit de maintenir l'ilium droit en postériorité et de tirer l'ensemble du levier supérieur afin d'antérioriser la base droite *via* le fait que le praticien amène le rachis lombal en flexion et en latéroflexion gauche.

Remarque : On voit également sur cette figure le praticien amener le tronc du sujet en appui sur sa cuisse droite.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 4.43 Mise en place des paramètres : autre vue

Cette figure montre sous un autre angle la mise en place des paramètres, avec notamment l'appui du sujet sur la cuisse droite du praticien.

Remarque : Noter la position du praticien en fente avant droite, qui se cale contre la table, à hauteur du bassin du sujet, tout en maintenant ce dernier en latéroflexion gauche.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Pour que la technique soit correctement réalisée, il faut simultanément :

- pousser l'EIAS vers le haut via une déviation ulnaire du poignet de la main gauche du praticien ;
- noter que dans ce mouvement, le praticien vient se positionner, par l'intermédiaire de son membre supérieur gauche, à la verticale de l'articulation sacro-iliaque concernée ;
- ne pas oublier que dans le même temps, le « haut » du corps du sujet est constamment maintenu en décubitus latéral gauche, et repose sur la cuisse droite du praticien ;
- porter la mobilisation avec impulsion en direction de la table légèrement en direction des pieds du sujet pour être dans l'axe du « petit bras droit » de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque droite.

La torsion sacrée postérieure gauche/droite

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum « regarde » à gauche sur son axe oblique droit, c'est-à-dire un axe qui va de la partie supérieure du grand bras droit de l'auricule droit du sacrum à la partie inférieure du grand bras gauche de l'auricule gauche du sacrum.

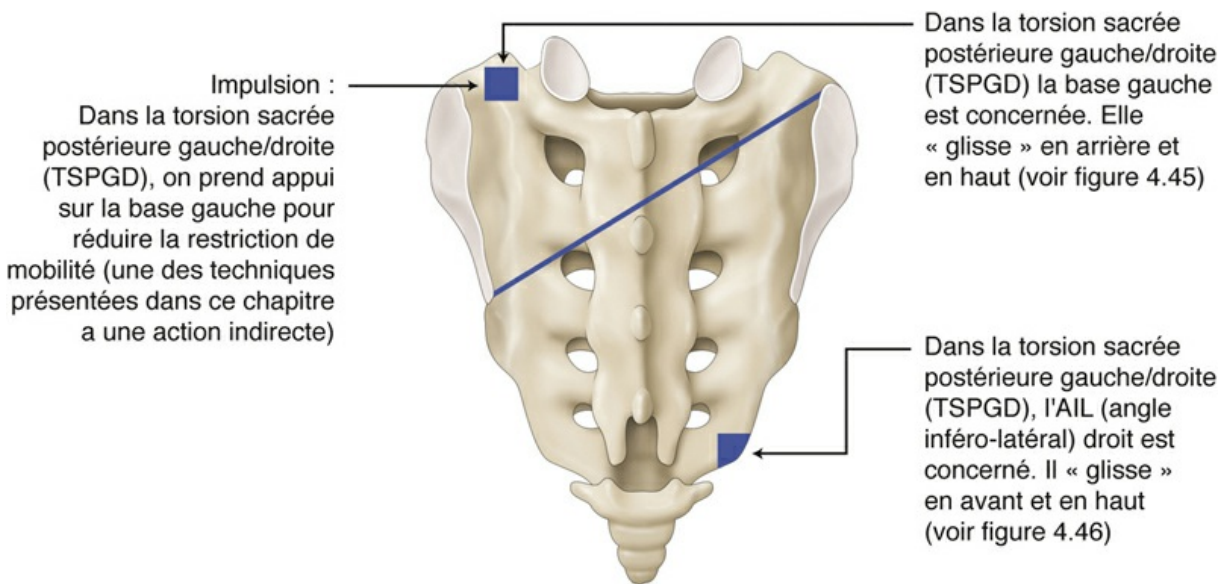


FIG. 4.44 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation de l'axe oblique droit et des structures osseuses à prendre en compte (base gauche et AIL droit) pour le traitement manipulatif

Démarche diagnostique pour rechercher une TSPGD

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.
- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontale droite ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.
- Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion. Dans le cas qui nous occupe il s'agit d'un axe oblique droit, et autour de ce type d'axe nous pouvons avoir :
 - une torsion sacrée antérieure droite/droite ;
 - une TSPGD.
- Nous sommes dans le chapitre qui traite de la TSPGD le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.

Remarque : Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

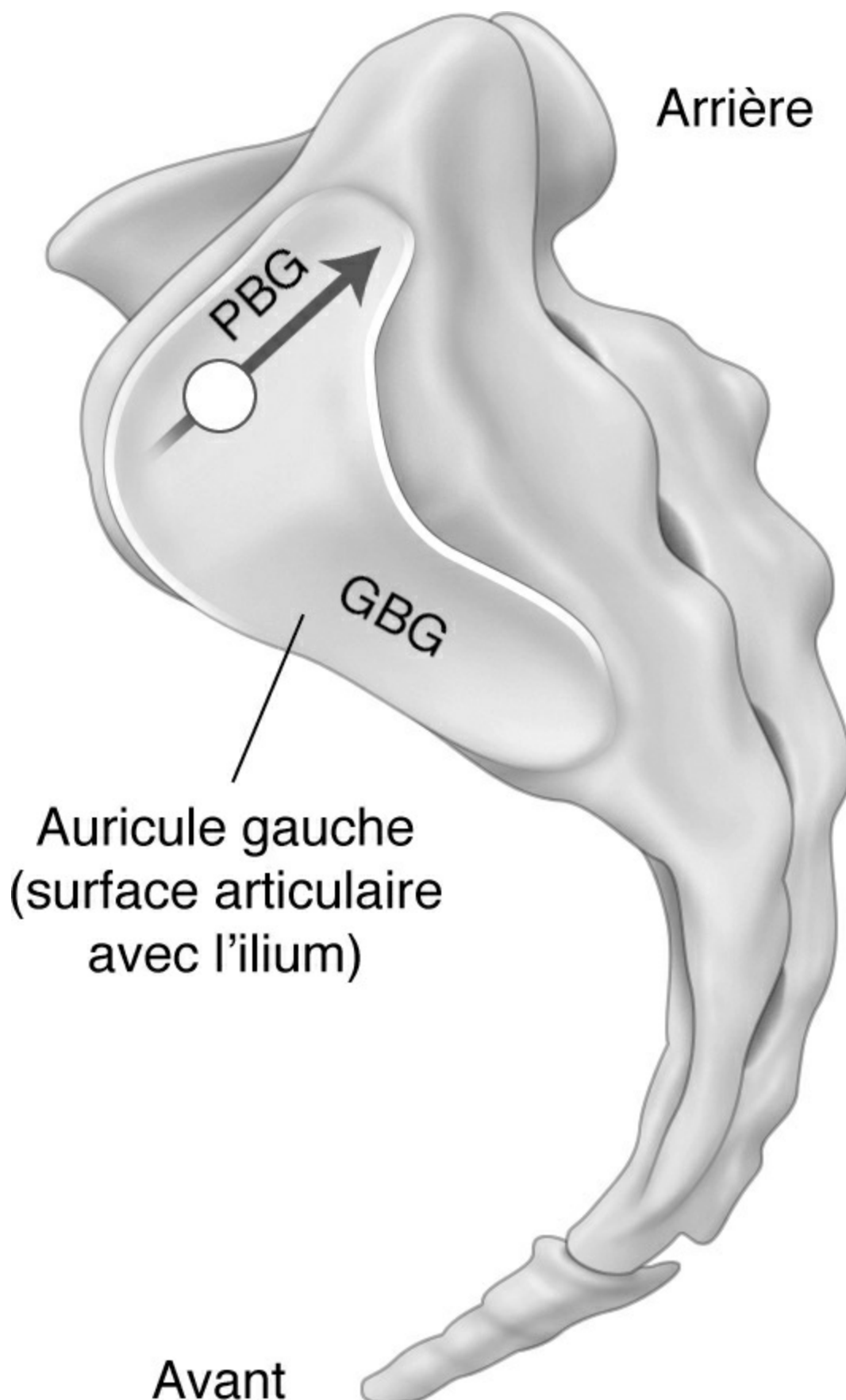


FIG. 4.45 Sacrum : vue latérale gauche

Base gauche

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale gauche du sacrum par un « glissement » en arrière et en haut du petit bras de l'auricule gauche du sacrum – voir (1) [fig. 4.45](#) –, sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base gauche du sacrum en arrière et en haut.

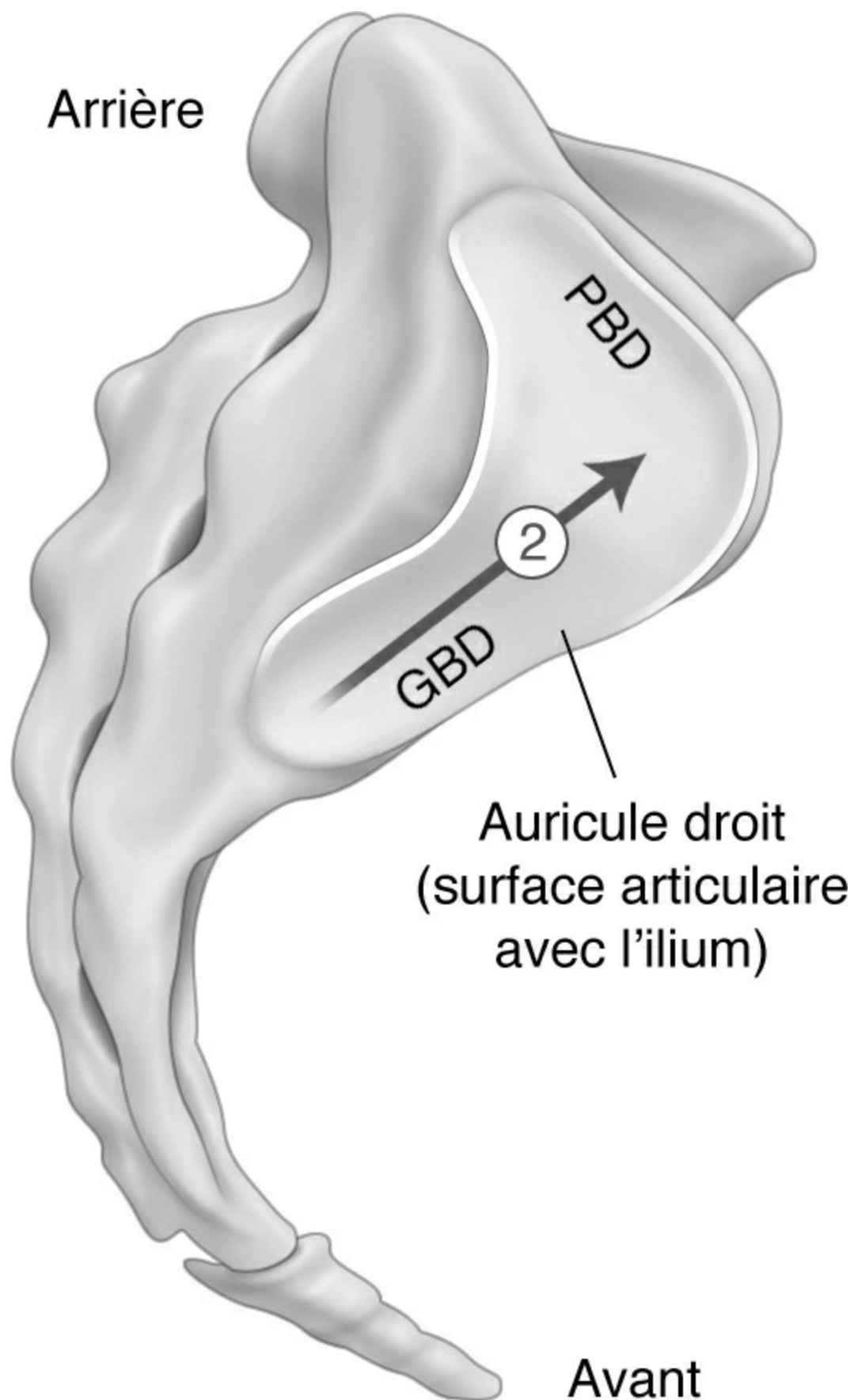


FIG. 4.46 Sacrum : vue latérale droite

AIL droit

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale droite du sacrum par un autre « glissement » : celui, en avant et en haut, du grand bras de l'auricule droit du sacrum – voir (2) [fig. 4.46](#) – sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL droit du sacrum en avant et en haut.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction, c'est-à-dire du côté gauche.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » : une fois sur la base droite, une fois sur l'AIL gauche.

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure ; dans le cas présent le sulcus gauche est plus comblé que le sulcus droit.

Test de l'appui sur la base gauche

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base gauche du sacrum donne un pouce qui ne « s'enfonce » pas lors de l'appui (ce qui signifie que la base concernée est « bloquée » en postériorité).

Test de l'appui sur l'AIL droit

Une pression appliquée sur l'AIL droit (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne un appui qui s'enfonce lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifie que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base gauche confirmant ainsi le test précédent.

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent il est positif (la base étant postérieure).

Causes

Causes directes

Les causes sont identiques à celles qui ont été décrites à propos des torsions sacrées postérieures droite/gauche (TSPDG).

Sont ainsi notamment susceptibles d'occasionner une TSPGD :

- le fait de se relever brusquement après une longue période où le sujet est resté longtemps penché en avant ;
- le fait d'exécuter des mouvements de flexion du tronc associés à des mouvements de rotation.

À propos de l'examen clinique

Les remarques faites à ce propos sont identiques à celles qui ont été développées à propos des TSPDG, si ce n'est la localisation de la douleur qui est évidemment différente.

En phase aiguë, il est impossible pour le patient de se mettre en extension lombaire et il ne peut pas non plus se pencher en avant complètement. Il se présente souvent en cyphose lombaire et légère flexion des genoux.

En phase chronique, il présente simplement une gêne dans les mêmes types de mouvements.

Il y a toujours trois points fondamentaux à respecter au cours du bilan qui précède le traitement. Sur le plan anamnestique, il faut demander au sujet :

- de localiser sa douleur en mettant précisément le doigt dessus (dans le cas présent, le sujet désigne avec son index la partie postérieure de la base gauche de son sacrum et son AIL droit sur le bord latéral du sacrum) ;
- de lui faire préciser dans quel mouvement ou quelle partie du mouvement il a mal.

À retenir avant réduction

Remarque identique à ce qui a été écrit à propos des TSPDG. La douleur du sujet doit être respectée et si ce dernier ne peut se coucher sur le côté pour réaliser la technique, il faut en choisir une autre.

Technique de réduction 1



FIG. 4.47 Position du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll.

- Son bassin a été amené en torsion droite face au praticien, de telle sorte que la face latérale de son ilium droit repose sur la table.
- Son membre inférieur droit placé en triple flexion – de hanche, de genou et de cheville – repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied gauche dans la fosse poplitée controlatérale.
- Sa tête, posée à plat sur la table, peut être surélevée si le sujet le désire.
- L'index du praticien désigne la partie postérieure de la base gauche où va s'exercer la force nécessaire et suffisante à travers la mobilisation avec impulsion pour lever ou réduire les restrictions de mobilité liées à ce type de dysfonction.

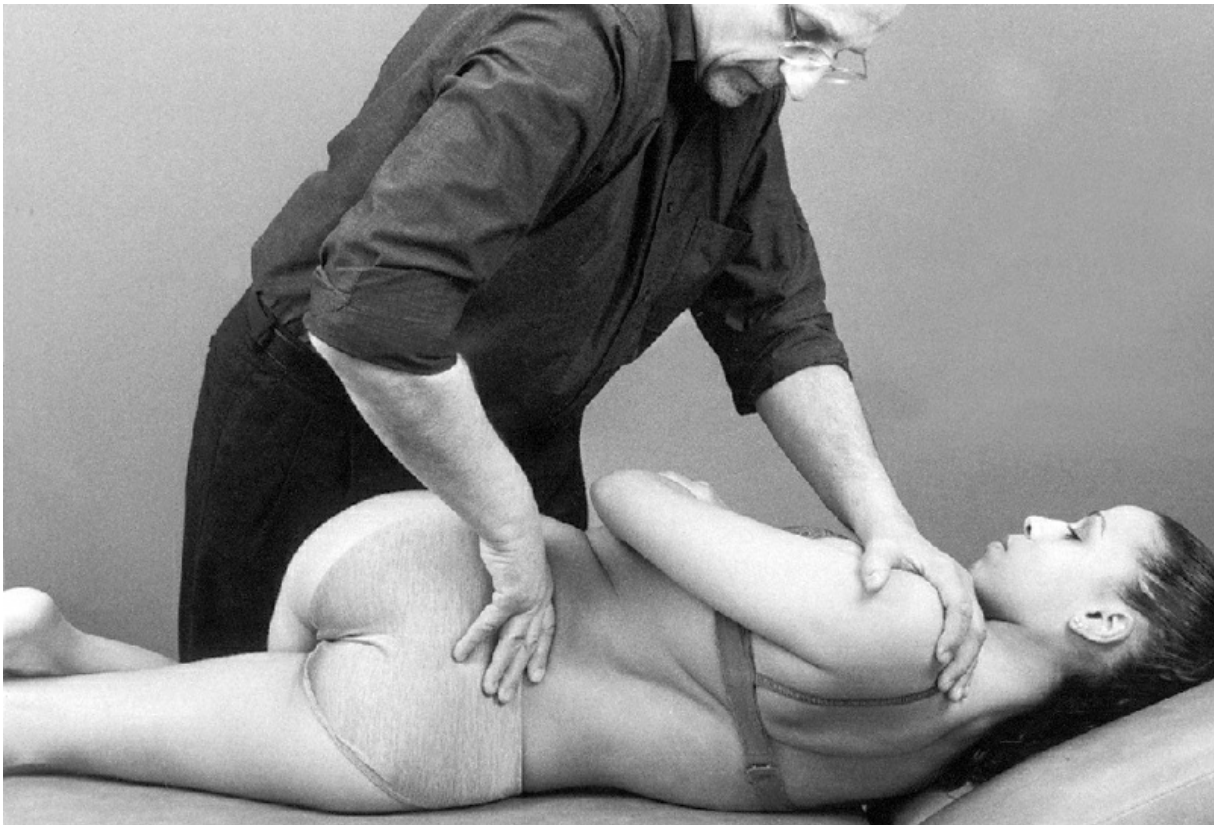


FIG. 4.48 Mise en place des paramètres, phase 1

Le praticien place la partie latérale (radiale) de la base de la première phalange (P1) de son index droit sur la face postérieure de la base sacrée gauche du sujet. Cette prise nécessite une déviation ulnaire (cubitale) du poignet droit du praticien. La main gauche du praticien empaume l'épaule gauche du sujet.

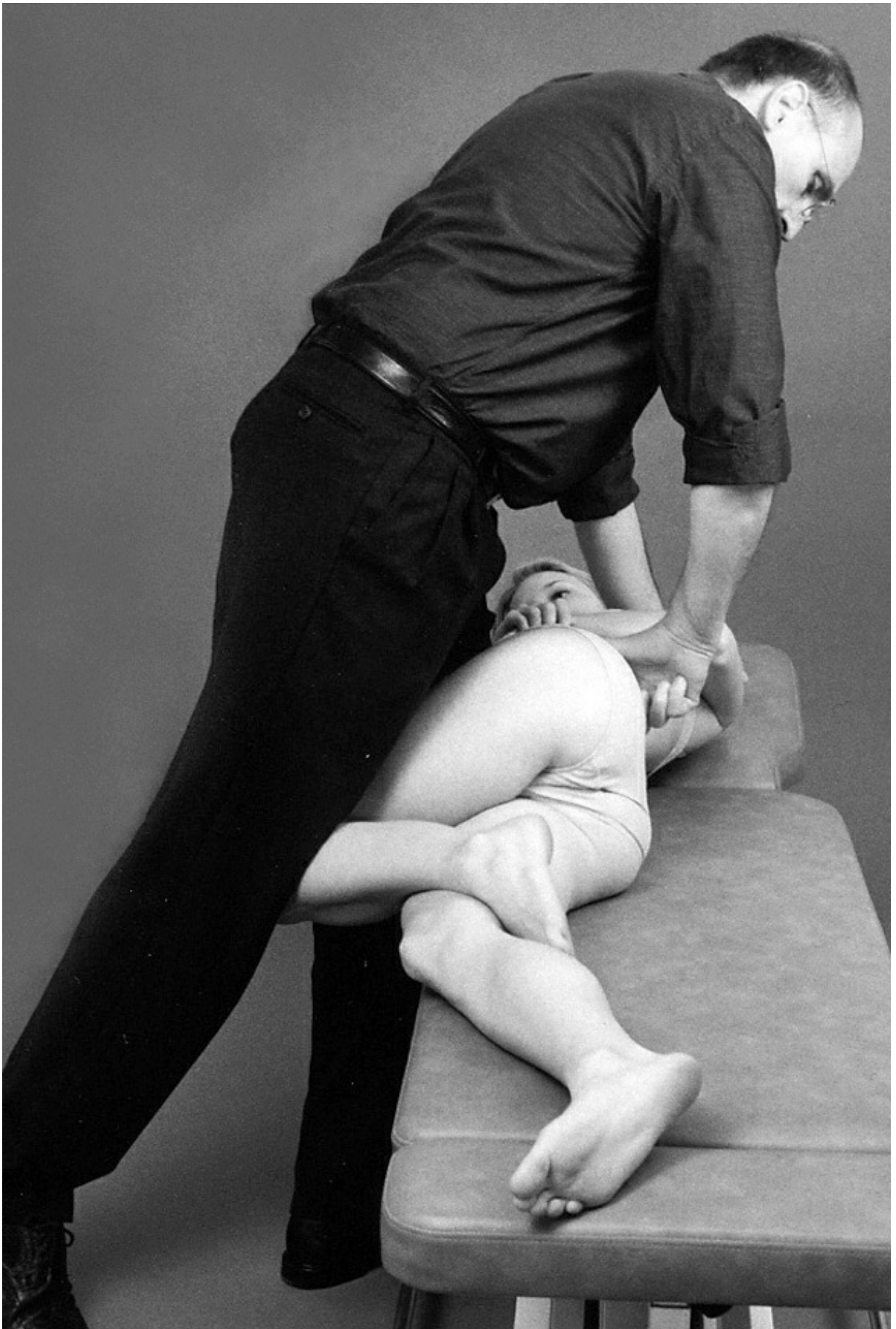


FIG. 4.49 Mise en place des paramètres, phase 2

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Sur la figure ci-contre on voit le praticien ramener le sujet vers lui.

- À l'aide de sa main gauche le praticien ramène le levier supérieur sur la base gauche du sacrum, en compactant le rachis étage par étage sur cette dernière structure.
- À l'aide de son membre inférieur droit, le praticien ramène aussi le levier inférieur sur cette même base gauche du sacrum, en compactant la tête du fémur gauche du sujet dans la cavité cotyloïde de son ilium gauche.



FIG. 4.50 Mobilisation avec impulsion

Il s'agit d'un mouvement complexe qui associe :

- au niveau de l'épaule : une rotation médiale (interne) ;
- au niveau du coude : une pronation associée à une extension brève et sèche exécutée dans le sens de la mise en tension et contre la résistance.

Noter le contact très étroit entre la cuisse droite du praticien et la face latérale de la cuisse gauche du sujet : action qui permet de maintenir en place le levier inférieur. Le levier supérieur est maintenu en place par l'intermédiaire de la main gauche du praticien placée sur l'épaule gauche du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Elle est commune aux trois techniques réalisant la mobilisation avec impulsion, en utilisant :

- le bord radial de la première phalange de l'index ([fig. 4.48](#)) ;
- le pouce ([fig. 4.51](#)) ;
- la base de l'éminence hypothénar ([fig. 4.54](#)).

Technique de réduction 2

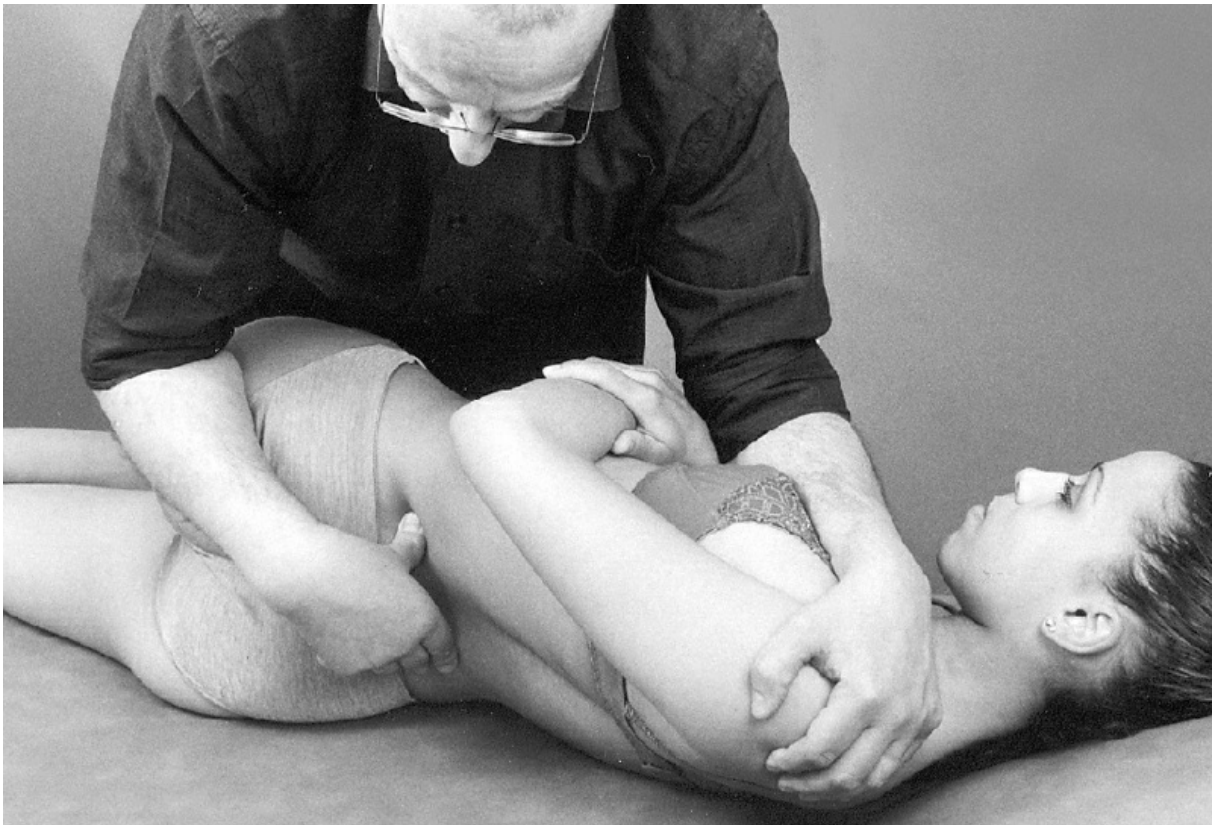


FIG. 4.51 Position du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll.

- Le bassin est positionné en torsion droite, face au praticien, de telle manière que la face latérale de son ilium droit repose sur la table.
- Le membre inférieur gauche du sujet, placé en triple flexion repose par l'intermédiaire de son cou-de-pied gauche dans la fosse poplitée du genou droit.
- Le praticien maintient l'épaule gauche du sujet à l'aide de sa main gauche.

De son avant-bras droit, le praticien enroule délicatement la fesse gauche du sujet afin de ne pas amener l'ilium gauche en antériorité et pour venir se placer par l'intermédiaire de son pouce droit, au contact de la face postérieure de la base gauche du sacrum. Noter la position « cassée » (en flexion extrême) du poignet droit du praticien.



FIG. 4.52 Mise en place des paramètres

Le praticien amène le sujet vers lui et, par l'intermédiaire de sa main gauche placée sur l'épaule gauche du sujet, il ramène le levier supérieur sur la base gauche du sujet en compactant le rachis étage par étage jusqu'au contact avec cette dernière structure.

Il compacte également le levier inférieur sur cette même structure (la base gauche) en amenant l'ilium gauche en postériorité, via le fémur gauche du sujet lui-même impacté dans le cotyle par l'intermédiaire de la cuisse droite du praticien. La position « cassée » en flexion extrême du poignet droit du praticien est maintenue, pour assurer une mobilisation avec impulsion optimale.



FIG. 4.53 Mobilisation avec impulsion

Noter le contact très étroit entre le fémur droit du praticien et la face latérale de la cuisse gauche du sujet, qui permet une bonne mise en place du levier inférieur. Selon la morphologie du sujet on peut être amené à utiliser son bassin, son thorax ou la totalité de son flanc droit pour obtenir cette mise en place du levier inférieur ainsi qu'une bonne stabilisation du bassin sur la table.

La mobilisation avec impulsion par l'intermédiaire du pouce est exécutée dans le sens de la mise en tension et contre la résistance.

Important

L'ilium droit placé sur la table est « fixé » ; l'ilium gauche est compacté via la mise en place du levier inférieur sur la base gauche du sacrum du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Elle est commune aux trois techniques réalisant la mobilisation avec impulsion, en utilisant :

- le bord radial de la première phalange de l'index ([fig. 4.48](#)) ;
- le pouce (figure 51) ;
- la base de l'éminence hypothénar ([fig. 4.54](#)).

Technique de réduction 3

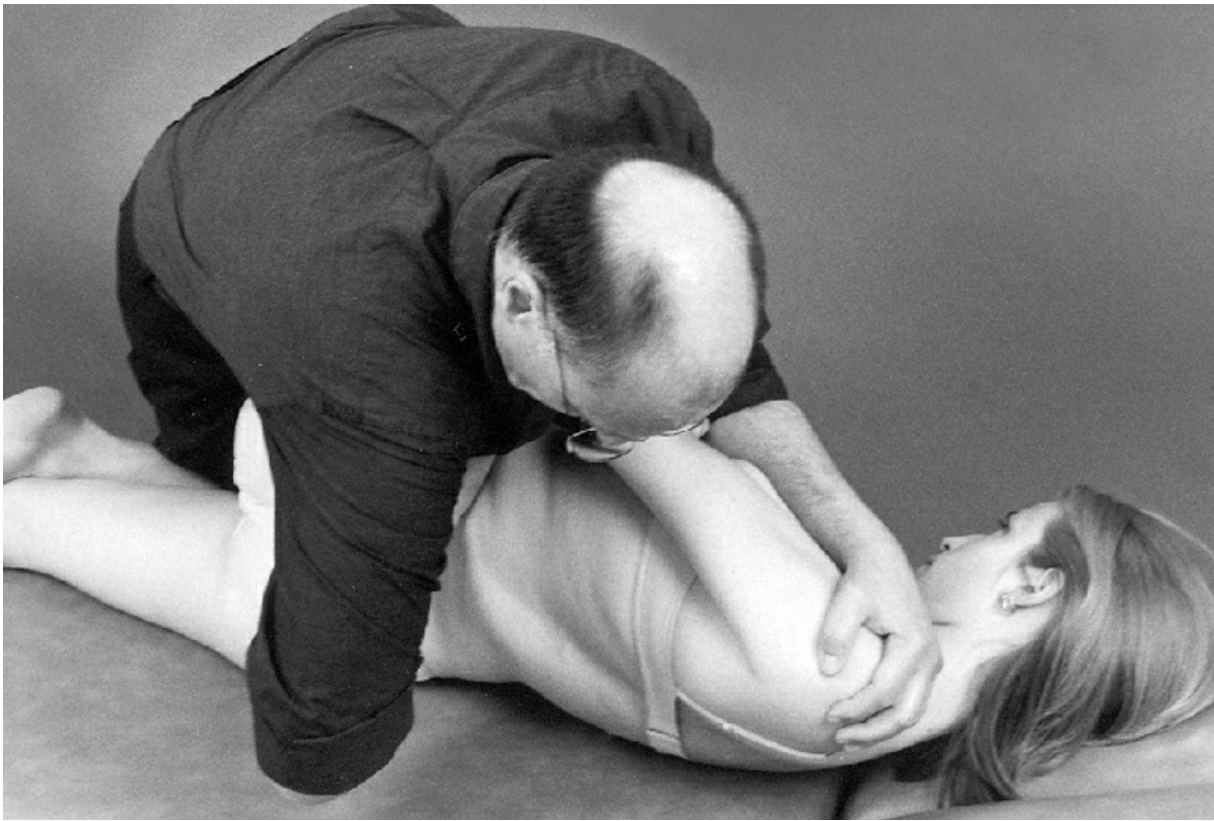


FIG. 4.54 Positionnement du sujet et du praticien, mise en place des paramètres

Le sujet est placé en lumbaroll. Le praticien peut également utiliser la base de son éminence hypothénar, pour venir se plaquer au contact de la face postérieure de la base gauche du sacrum, afin de réaliser la mobilisation avec impulsion.

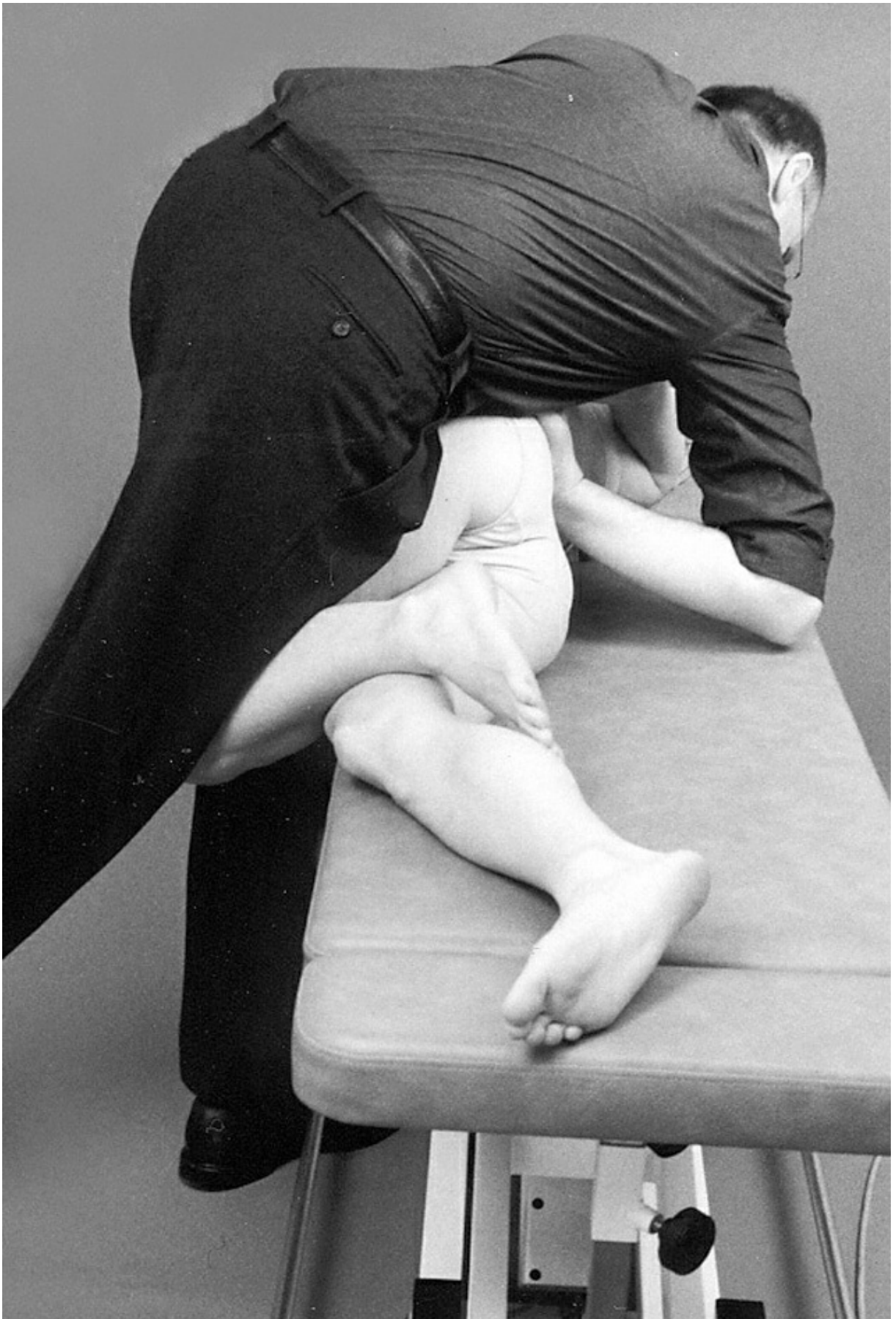


FIG. 4.55 Mobilisation avec impulsion

Noter l'appui du flanc droit du praticien (tronc, bassin, fémur) sur l'os iliaque gauche et le grand trochanter gauche du sujet. Le but de cette stabilisation est de « fixer » le bassin tout en mettant en place le levier inférieur afin que la mobilisation avec impulsion se focalise sélectivement sur la base gauche puisque c'est elle qu'il faut antérioriser. Le dernier temps de la mobilisation se fait dans le sens de la mise en tension et contre la résistance sans oublier la double impaction des leviers supérieur et inférieur sur la base gauche du sujet.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Il faut bien avoir présent à l'esprit que cette double « impaction » des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée gauche (puisque'il sagit d'une TSPGD) a pour objectif de produire ce que l'on peut appeler un « effet entonnoir » lequel a pour conséquence de condenser et de focaliser toute l'énergie emmagasinée par cette double impaction sur un seul point : la face postérieure de la base sacrée gauche, dans le seul but de l'antérioriser.

L'impulsion brève et sèche (de basse amplitude et de haute vélocité) donnée par le praticien (dans le sens de la mise en tension et contre la résistance) vient finaliser un geste technique d'une complexité certaine, mais d'une grande efficacité si la mise en place chronologique des différents paramètres a été scrupuleusement respectée.

Important

La technique 4 décrite dans le chapitre consacré à la torsion sacrée postérieure droite/gauche (fig. 4.37 à 4.43) peut également être utilisée pour réduire une restriction de mobilité liée à une torsion sacrée postérieure gauche/droite.

La bascule sacrée unilatérale antérieure droite

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum se met en « bascule » unilatérale antérieure droite sur un demi-axe horizontal gauche passant par S2 (la deuxième vertèbre sacrée).

N.B. : ce type de dysfonction peut également exister sur un demi-axe horizontal droit.

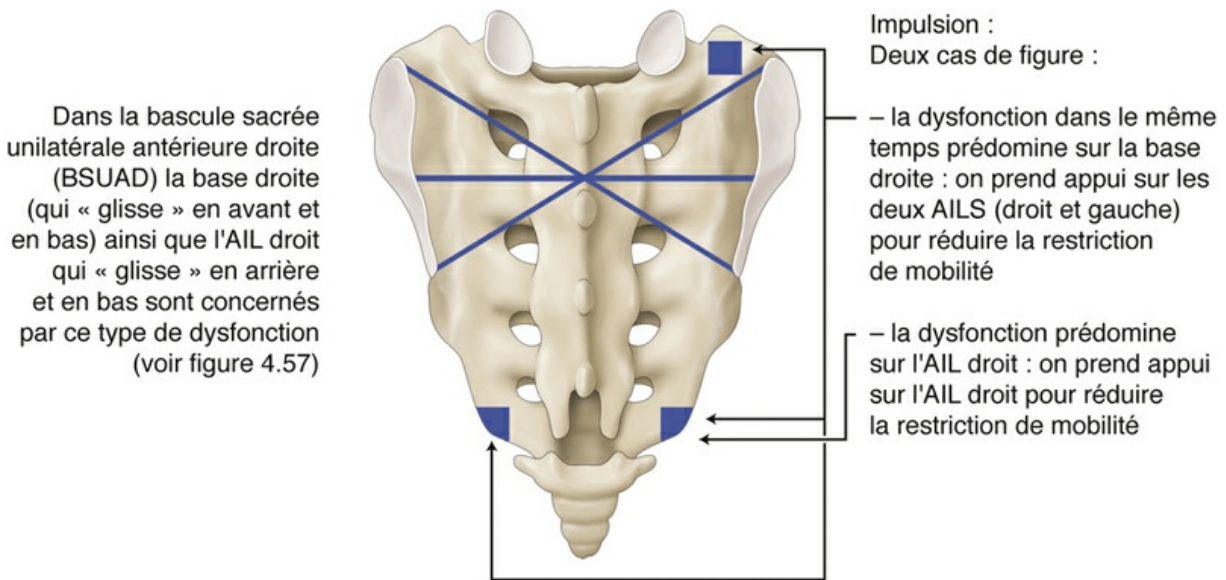


FIG. 4.56 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation du demi-axe horizontal droit et des structures osseuses à prendre en compte (AIL droit et AIL gauche) pour réaliser le traitement manipulatif

Démarche diagnostique pour rechercher une BSUAD

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.
- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontal droit ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.
- Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion ou de la bascule. Dans le cas qui nous occupe il s'agit d'un demi-axe horizontal situé du côté droit, et autour de cet axe nous pouvons avoir :
 - une BSUAD ;
 - une bascule sacrée unilatérale postérieure droite.
- Nous sommes dans le chapitre qui traite de la BSUAD le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.

Remarque : Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

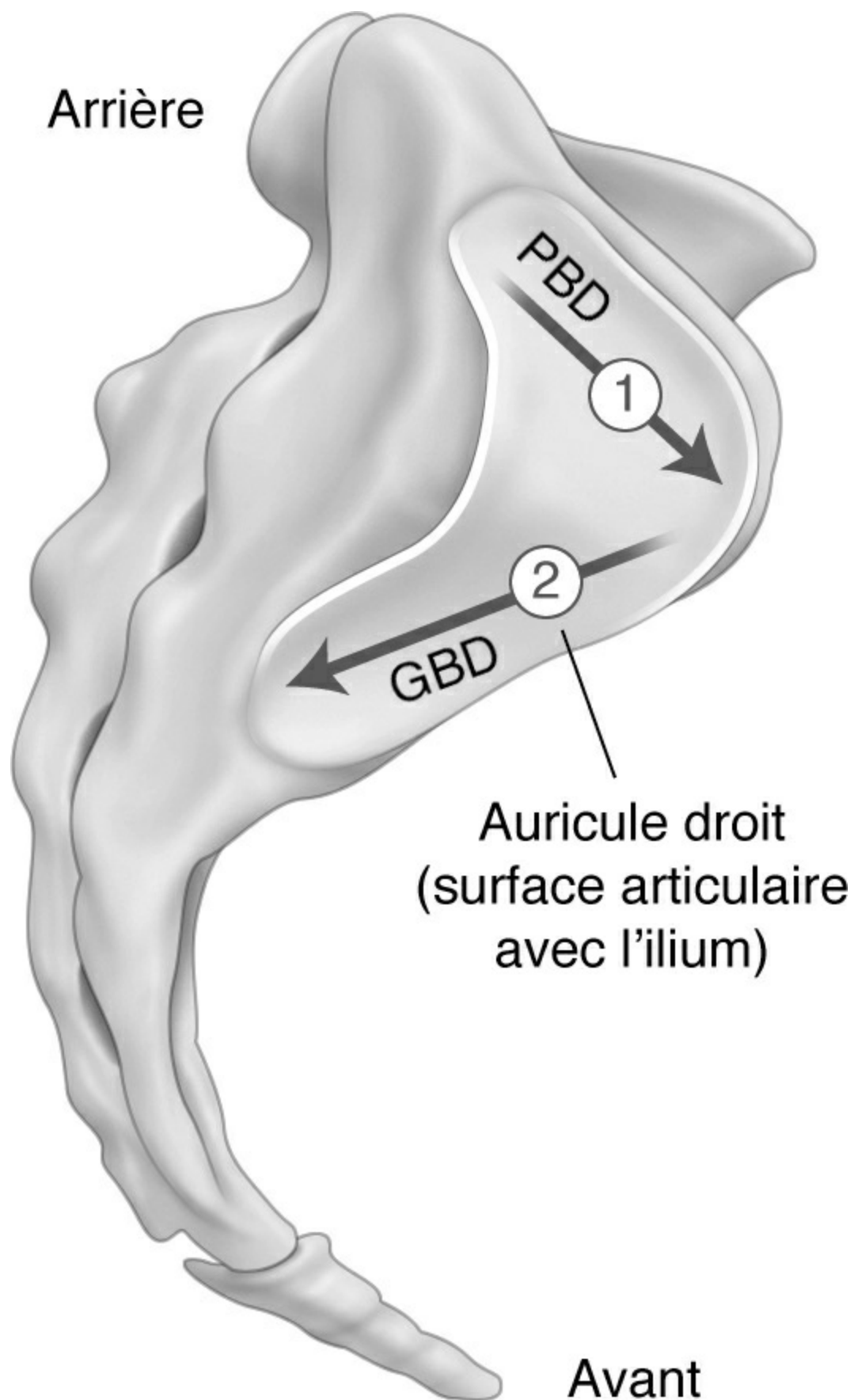


FIG. 4.57 Sacrum : vue latérale droite

Base droite

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale droite du sacrum par un « glissement » en bas et en avant du petit bras de l'auricule droit du sacrum – voir (1) [fig. 4.57](#) – sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base droite du sacrum en avant et en bas.

AIL droit

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale droite du sacrum par un autre « glissement » : celui, en arrière et en bas, du grand bras de l'auricule droit du sacrum – voir (2) [fig. 4.57](#) –, qui se déplace sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL droit du sacrum en arrière et en bas.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » à gauche : une fois sur la base, une fois sur l'AIL.

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure ; dans le cas présent le sulcus droit est plus profond que le sulcus gauche.

Test de l'appui sur la base droite

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base droite du sacrum donne un pouce qui « s'enfonce » lors de l'appui.

Test de l'appui sur l'AIL droit

Une pression appliquée sur l'AIL droit (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne un appui qui s'enfonce lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifie que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base droite confirmant ainsi le test précédent.

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent il est négatif.

Causes

Causes directes

- N'importe quel traumatisme, tel que :
 - chute sur les fesses ;
 - passage sur un « nid-de-poule » en voiture.
- La maman qui porte son bébé en l'appuyant sur sa hanche, toujours du côté droit.
- Les personnes qui travaillent debout et qui « vivent » toujours sur une même jambe.
- Ceux qui dorment à plat ventre avec une jambe repliée.

À propos de l'examen clinique

- Le test tissulaire « monte » deux fois du même côté et met en évidence un axe transversal unilatéral gauche.
- La recherche de la douleur sera plus marquée sur la structure la plus bloquée :
 - soit sur la base droite en rapport avec le petit bras droit ;
 - soit sur l'AIL droit en rapport avec le grand bras droit.

Lorsqu'on demande au sujet de localiser sa douleur il la décrit comme partant depuis l'EIPS et allant jusqu'à la tubérosité ischiatique (empruntant le « trajet » de l'auricule droit du sacrum). Il peut désigner ponctuellement avec son index le sulcus droit ou l'AIL droit.

À retenir avant réduction

Avant d'exécuter une mobilisation avec impulsion il est important de déterminer où se situe de manière prédominante la restriction de mobilité (voir le chapitre *Les tests*).

- Si elle se situe, par exemple, sur le grand bras de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque, et concerne donc l'AIL droit, il faut placer le sujet en décubitus latéral droit (on couche le sujet sur sa dysfonction).
- Si au contraire elle se situe, par exemple, plutôt sur le petit bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque, et concerne donc la base droite, il faut placer le sujet en décubitus latéral gauche (on couche le

sujet du côté opposé à sa dysfonction).

Technique de réduction 1



FIG. 4.58 Positionnement du sujet et du praticien

Le sujet est placé en lumbaroll ; le praticien désigne à l'aide de ses index une dysfonction unilatérale droite, dysfonction qui se matérialise autour d'un demi-axe horizontal gauche passant par la deuxième vertèbre sacrée (voir le chapitre [Les tests](#)).



FIG. 4.59 Désignation de la prédominance de la restriction de mobilité

Cette restriction de mobilité porte soit sur le petit bras droit de l'auricule droit du sacrum (base droite), soit sur le grand bras droit de l'auricule droit (AIL droit). Elle est détectée grâce aux différents tests (voir le chapitre [Les tests](#)), qui mettent en évidence une prédominance de la restriction de mobilité en postériorité pour la base droite ou bien une prédominance de la restriction de mobilité de l'AIL droit, également en postériorité. Sur la figure ci-contre, c'est l'AIL droit qui est désigné comme étant le siège de la dysfonction prédominante, c'est donc sur cette structure que le praticien va agir.

Ce qu'il faut retenir : dans ce cas précis, il faut « couler » dans ce cas précis le sujet sur sa dysfonction ; on le place donc en décubitus latéral droit, puisque la prédominance de la restriction de mobilité siège bien sur l'AIL droit.



FIG. 4.60 Mise en place des paramètres

La main gauche empaume l'épaule gauche du sujet. La main droite du praticien se place par l'intermédiaire de la base de son éminence thénar sur l'AIL droit de ce même sacrum.

Remarque : Noter l'approche de la main droite du praticien qui se positionne en supination pour mieux prendre contact avec l'AIL droit du sujet.



FIG. 4.61 Mobilisation avec impulsion

En même temps que la main gauche du praticien compacte, via l'épaule gauche du sujet, l'ensemble du rachis sur la base sacrée, la main droite exerce une poussée directe, brève et sèche dans le sens de la mise en tension et contre la résistance, le tout en direction crâniale.

Remarque : Noter la position basse du coude du praticien, qui lui permet d'être dans l'axe de la réduction.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

- Dans ce type de dysfonction la mobilisation avec impulsion s'avère la seule efficace.
- Il faut veiller surtout à ne pas faire de « vrille » lors de la mobilisation avec impulsion, mais au contraire à pousser franchement en direction crâniale, ou tout au moins en direction de la charnière thoracolombaire, puisqu'il faut porter l'impulsion dans le sens du grand bras droit de l'auricule droit (la dysfonction prédominant sur l'AIL).
- Il faut veiller, lors de l'exécution de la mobilisation avec impulsion, à bien focaliser la manipulation dans l'articulation sacro-iliaque et pour ce faire éviter que cette dernière ne se perde au sein du rachis lombaire.
- La parade consiste à positionner le rachis lombaire en légère cyphose et à

placer cette « cyphose » le plus bas possible au niveau du rachis, la cyphose lombaire étant majorée via la mise en flexion de hanche du sujet.

- Il est également impératif de bien ramener (compacter) l'ensemble des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée avant de porter l'impulsion finale.

Important

Quand il s'agit d'une prédominance sur l'AIL droit, on place le sujet sur le côté droit et on effectue la mobilisation avec impulsion en poussant uniquement sur l'AIL droit, le patient étant couché sur le côté de la dysfonction, c'est-à-dire sur le côté droit.

Technique de réduction 2



FIG. 4.62 Position du sujet

Le sujet est placé en lumbaroll ; le praticien désigne à l'aide de ses index, une dysfonction qui se matérialise autour d'un demi-axe horizontal gauche passant par la deuxième vertèbre sacrée (voir le chapitre [Les tests](#)).



FIG. 4.63 Désignation de la prédominance de la restriction de mobilité

Cette restriction de mobilité porte sur la base droite du sacrum du sujet, désignée par l'index du praticien sur la figure ci-contre.

Elle est détectée grâce aux différents tests (voir le chapitre [Les tests](#)).

Ce qu'il faut retenir : la dominance de la dysfonction ayant été identifiée sur la base droite, il faut « coucher » le sujet du côté opposé à sa dysfonction. On le place donc en décubitus latéral gauche (base droite en « haut »).



FIG. 4.64 Mise en place des paramètres

Le praticien place le talon de sa main gauche sur les deux AILS du sacrum (le hiatus sacré est placé entre les éminences thénar et hypothénar de la main gauche du sujet) et le praticien s'apprête à pousser en direction crâniale. La main droite du praticien empaume l'épaule droite du sujet.

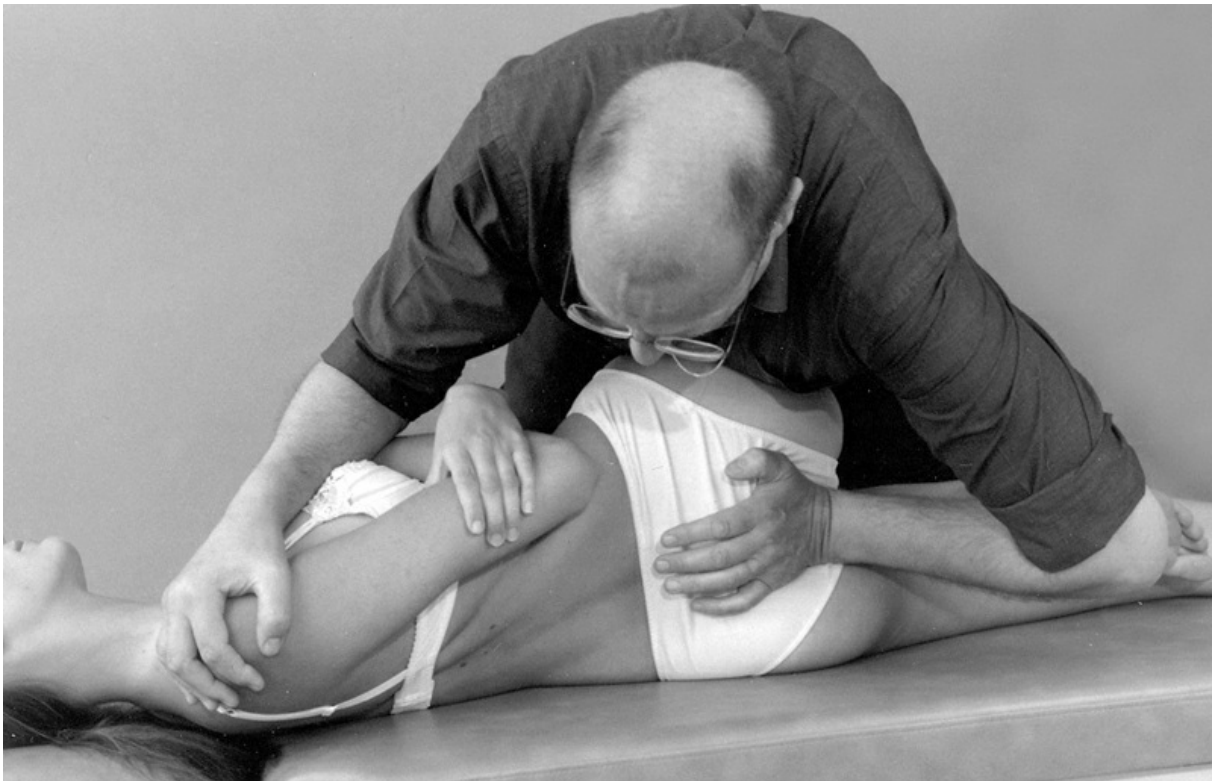


FIG. 4.65 Réduction. Mobilisation avec impulsion

La technique de réduction se déroule en trois temps :

1. Il faut ramener l'ensemble du levier supérieur et inférieur au niveau de la base sacrée droite en compactant, via l'épaule droite, du sujet l'ensemble du rachis étage par étage jusqu'à cette dernière structure ;
2. Il faut également amener au niveau de la base sacrée droite l'ensemble du levier inférieur ;
3. À partir de cette double « impaction » le praticien porte une impulsion brève et sèche sur les deux AILS du sacrum du sujet dans le sens de la mise en tension et contre la résistance, le tout en direction crâniale.

Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Lorsque c'est la base droite qui est concernée, avec donc une restriction de mobilité prédominante sur le petit bras droit de l'auricule droit du sacrum, il faut porter l'impulsion brève et sèche dans le sens du petit bras et donc plutôt en direction de la symphyse pubienne (et ne pas s'inquiéter de la lordose lombaire éventuellement provoquée par cette impulsion).

Important

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Quand il s'agit d'une prédominance sur la base droite, on positionne le sujet sur le côté opposé à la dysfonction (c'est-à-dire sur le côté gauche) et l'on effectue la mobilisation avec impulsion en empaumant les deux AILS.

La bascule sacrée unilatérale postérieure droite

Définition

Dans ce type de dysfonction, on dit que le sacrum se met en « bascule » unilatérale postérieure droite sur un demi-axe horizontal gauche passant par S2 (la deuxième vertèbre sacrée).

N.B. : ce type de dysfonction peut également exister sur un demi-axe horizontal droit.

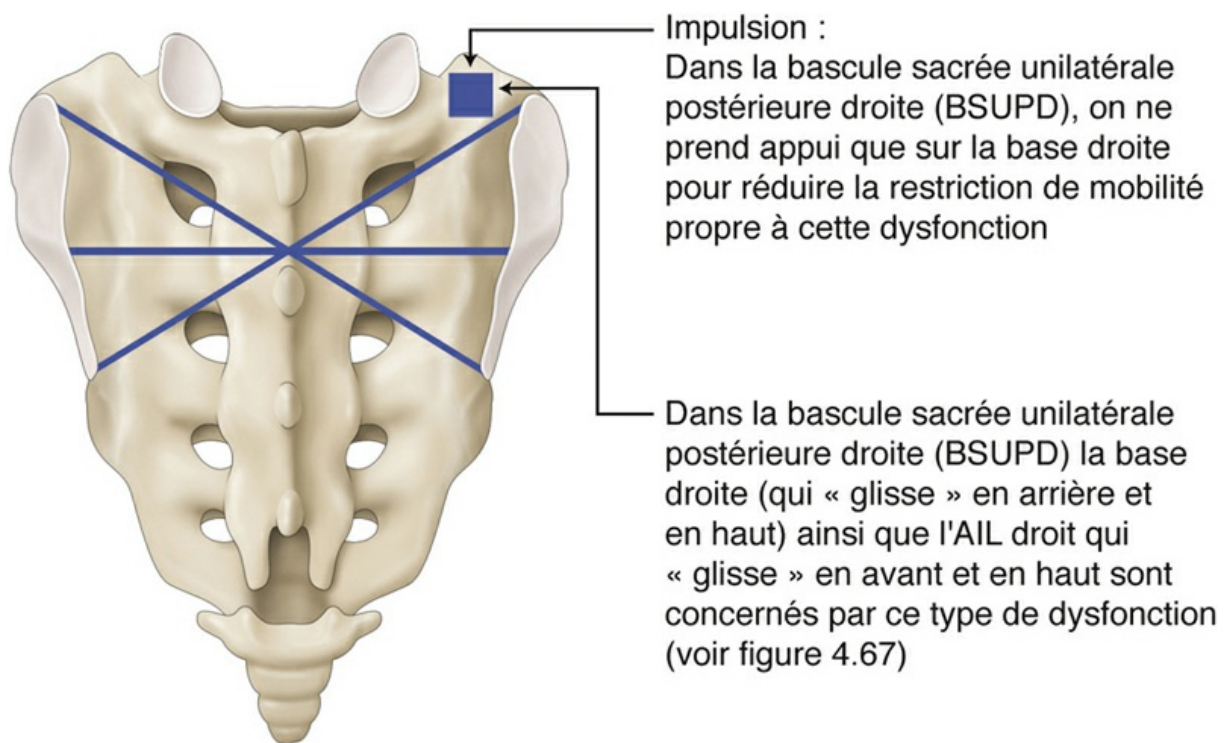


FIG. 4.66 Le sacrum : vue postérieure. Visualisation du demi-axe horizontal droit et des structures osseuses à prendre en compte (base droite et AIL droit) pour réaliser le traitement manipulatif

Démarche diagnostique pour rechercher BSUPD

- Le praticien doit avant tout faire le diagnostic différentiel entre une dysfonction iliaque et une dysfonction sacrée.

- Cela étant fait, il appartient au praticien d'identifier le type d'axe (oblique droit, oblique gauche ou demi-horizontal droit ou gauche) autour duquel peut se mettre en place une torsion ou une bascule sacrée.
 - Dès que l'axe est identifié, le praticien doit retrouver l'identité de la torsion ou de la bascule. Dans le cas qui nous occupe il s'agit d'un demi-axe horizontal situé du côté gauche, et autour de cet axe nous pouvons avoir :
 - une bascule sacrée unilatérale antérieure droite ;
 - une BSUPD.
 - Nous sommes dans le chapitre qui traite de la BSUPD le lecteur doit se reporter à la démarche diagnostique propre à cette dysfonction.
- Remarque :** Le résultat d'un test isolé est sans valeur ; c'est l'analyse de l'ensemble des tests corrélés entre eux et soumise aux données anamnestiques qui sera seule retenue pour approcher le diagnostic.

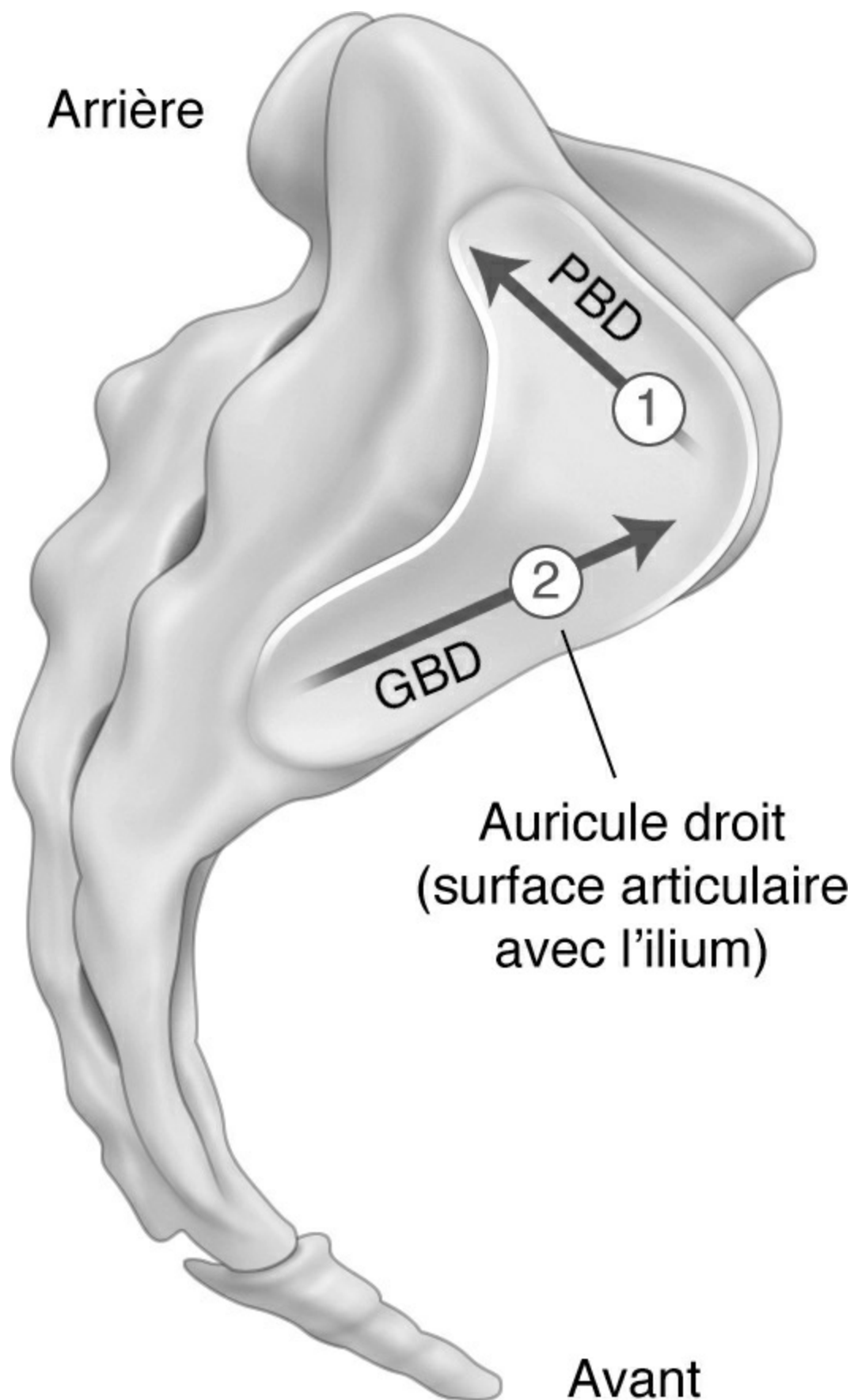


FIG. 4.67 Sacrum : vue latérale droite

Base droite

Cette dysfonction se traduit sur la face latérale droite du sacrum par un « glissement » en arrière et en haut du petit bras de l'auricule droit du sacrum – voir (1) [fig. 4.67](#) – sur la surface articulaire iliaque qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener la base droite du sacrum en arrière et en haut.

AIL droit

Cette dysfonction se traduit aussi sur la face latérale droite du sacrum par un autre « glissement » : celui, en avant et en haut, du grand bras de l'auricule droit du sacrum – voir (1) [fig. 4.67](#) – qui se déplace sur la surface articulaire de l'ilium qui lui correspond, ce qui a pour conséquence d'amener l'AIL droit du sacrum en avant et en haut.

Diagnostic

TFA

Il est positif du côté en dysfonction.

Test tissulaire

Les pouces du praticien étant successivement placés dans les sulcus, puis sur les AILS du sacrum du sujet, le résultat du test donne le pouce deux fois « montant » à gauche : une fois sur la base, une fois sur l'AIL.

Palpation

Elle sert à déterminer le positionnement d'une structure ; dans le cas présent le sulcus droit est plus comblé que le sulcus gauche.

Test de l'appui sur la base droite

Une pression appliquée sur la face postérieure de la base droite du sacrum donne un pouce qui ne « s'enfonce » pas lors de l'appui (ce qui signifie que la base concernée est « bloquée » en postériorité).

Test de l'appui sur l'AIL droit

Une pression appliquée sur l'AIL droit (par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar) donne un appui qui s'enfonce lors de la poussée de la main du praticien.

Cela signifie que la prédominance de la dysfonction siège bien au niveau de la base droite, confirmant ainsi le test précédent.

Signe du rebond

Il est pratiqué sur le rachis lombaire et dans le cas présent il est positif (la base étant postérieure).

Causes

Causes directes

Sports et loisirs, activités professionnelles, divers

Parmi les causes directes de ce type de dysfonction, il faut signaler la pratique de nombreux sports, mais aussi certaines activités relationnelles ou professionnelles :

- les trajets en voiture ;
- la position assise, jambes croisées ;
- la vendeuse ou le vendeur qui est debout toute une journée avec un appui constant toujours sur la même jambe.

Causes secondaires

- La bascule sacrée unilatérale postérieure droite avec un demi-axe horizontal du même côté que la dysfonction est une dysfonction rarissime ; elle survient généralement sur un dysmorphisme préexistant (lombalisation de S1, sacralisation de L5, dysmorphisme propre aux processus articulaires des articulations lombosacrées. L'un des interlignes des articulations lombosacrées est normal et est situé dans un plan proche du plan sagittal ; l'autre est situé dans un plan frontal).

Ce dysmorphisme étant préexistant, la survenue d'un accident entraîne la décompensation : entorse de la cheville ou du genou, lésion méniscale, fracture de l'un des os de la jambe, etc.

- Une discopathie peut aussi être la cause d'une impossibilité pour le sacrum de s'adapter.

À propos de l'examen clinique

- Il faut retenir que si l'on demande au sujet d'effectuer une rotation du tronc (à droite et à gauche) en flexion ou en extension du tronc, le sujet tournera plus facilement du côté opposé au dysmorphisme ; dans le cas

présent le sujet tournera donc plus facilement à droite (le dysmorphisme étant à gauche).

- Le sujet ne peut pas se pencher en avant.
- Le sujet se présente en légère cyphose lombaire.
- En phase aiguë, cela peut devenir extrêmement difficile pour le patient s'il n'y a pas de possibilité de compensation du côté controlatéral et cela dépend de la nature du dysmorphisme.

À retenir avant réduction

- Pour la réduction de ce type de dysfonction le sujet doit être couché en décubitus latéral gauche (sauf exception, où la douleur ressentie par le sujet dans ce type de décubitus obligerait le praticien à s'adapter). Ce dernier pourrait opter pour une autre technique de réduction, où le sujet serait placé en décubitus dorsal par exemple (voir [fig. 4.37](#) à [4.43](#)).

Techniques de réduction

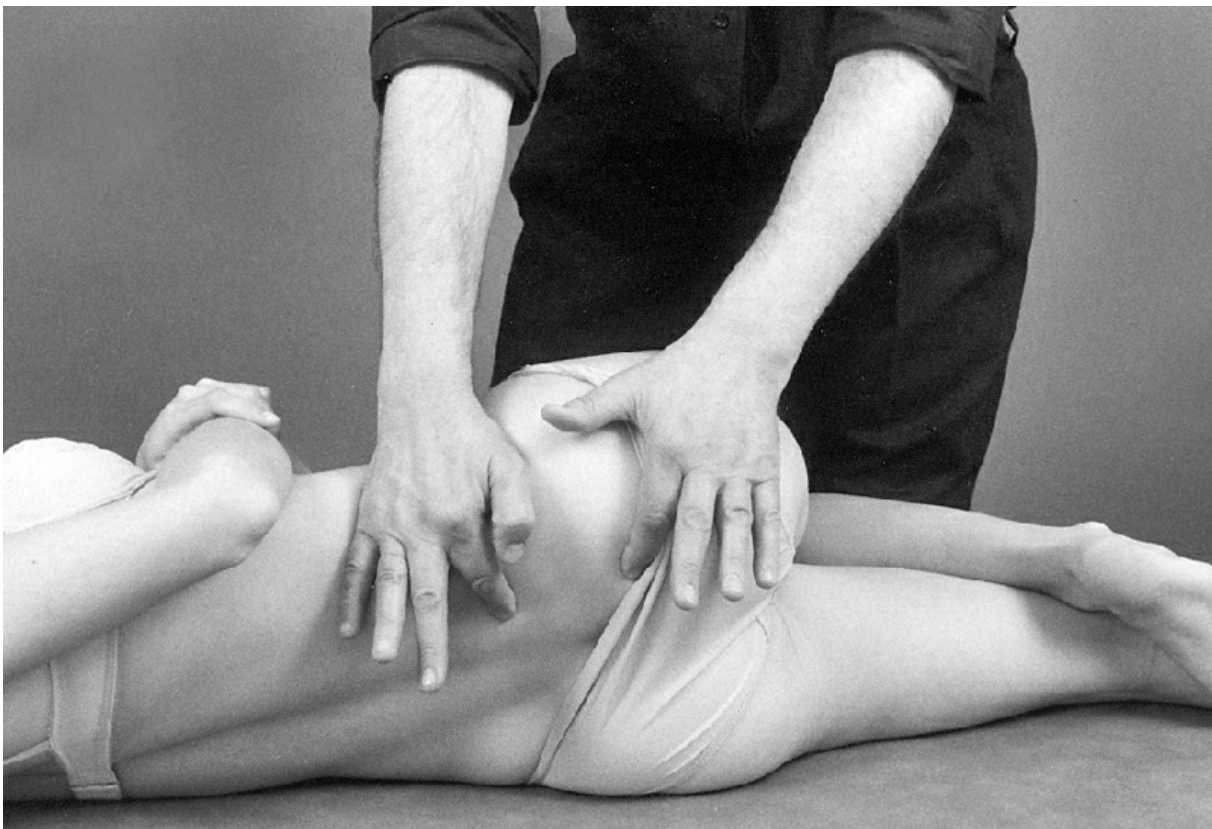


FIG. 4.68 Désignation par le praticien du côté de la dysfonction

Il s'agit d'une bascule sacrée unilatérale postérieure droite qui siège sur le côté droit et qui concerne le petit bras droit et le grand bras droit de l'auricule droit de l'articulation sacro-iliaque.

Important

Toutes les techniques de réduction des bascules sacrées unilatérales postérieures droites sont identiques à celles visant à réduire les torsions sacrées postérieures droite/gauche, décrites précédemment. Aussi les quatre techniques présentées ci-dessous ne sont-elles illustrées que par une seule figure chacune : on se reportera, pour leur déroulement complet, au chapitre concernant les TSPDG.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 4.69 Technique 1. Position du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres. Mobilisation avec impulsion

Le sujet est couché sur le côté opposé à sa dysfonction, donc en décubitus latéral gauche. La base droite qui est en dysfonction et en postériorité est placée en « haut » par rapport au plan de la table. Sur la figure ci-contre la réduction se fait par l'intermédiaire du pouce du praticien.

Se reporter aux [figures 4.32 à 4.34](#) pour les détails de la mobilisation avec impulsion.



FIG. 4.70 Technique 2. Position du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres. Mobilisation avec impulsion

Le positionnement du sujet est identique à celui décrit pour la technique 1. Il en va de même du positionnement de la base en dysfonction (en « haut » par rapport au plan de la table). Sur la figure ci-contre, la réduction se fait par l'intermédiaire de la base de l'éminence hypothénar du praticien.

Se reporter aux [figures 4.36 et 4.37](#) pour les détails de la mobilisation avec impulsion.

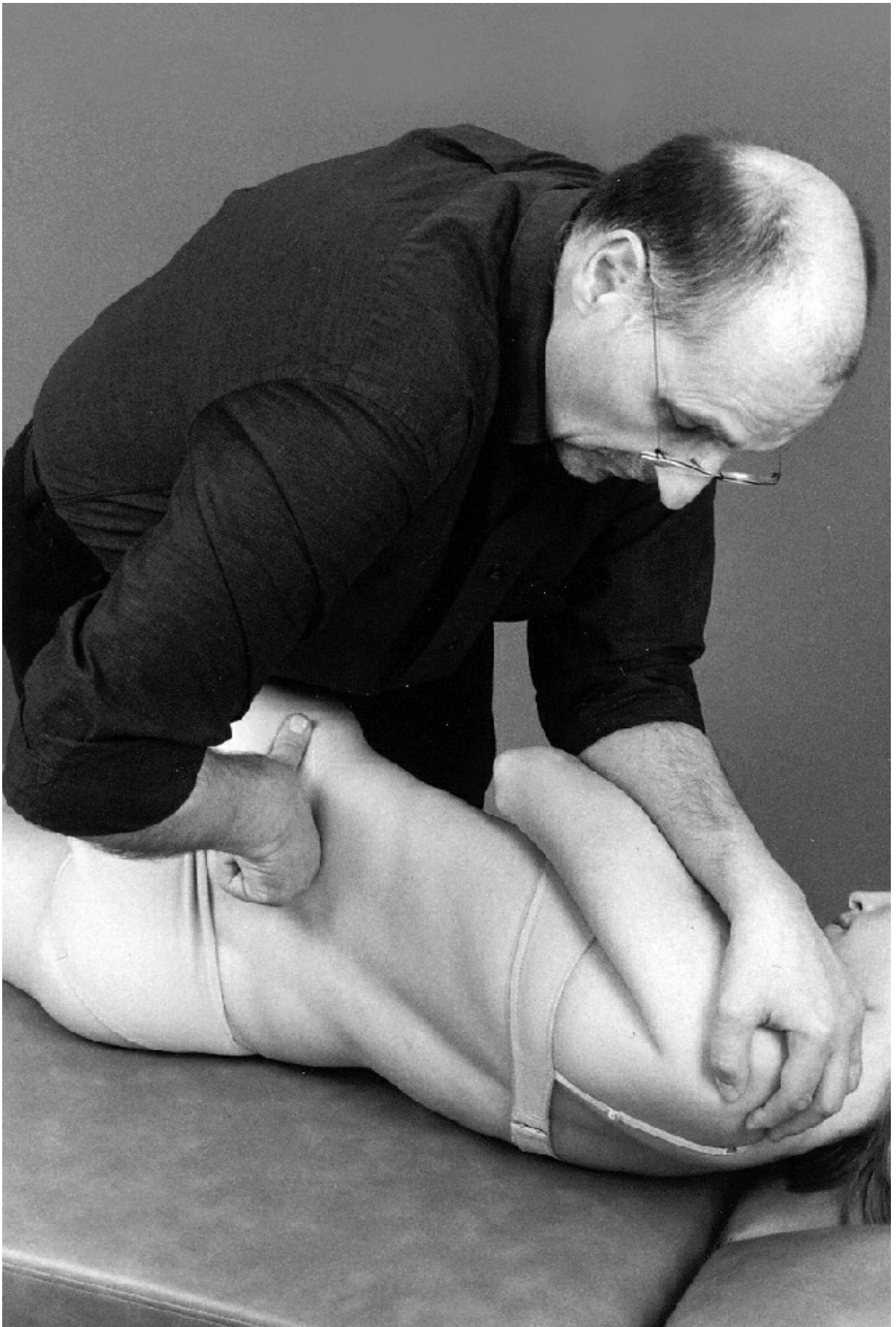


FIG. 4.71 Technique 3. Position du sujet et du praticien. Mise en place des

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

paramètres. Mobilisation avec impulsion

Le positionnement du sujet, et celui de la base en dysfonction, sont identiques à ce qui a été indiqué pour les deux techniques précédentes. Sur la figure ci-contre, la réduction se fait par l'intermédiaire du bord radial de la première phalange de l'index.

Se reporter aux [figures 4.29 à 4.31](#) pour les détails de la mobilisation avec impulsion.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 4.72 Technique 4. Position du sujet et du praticien. Mise en place des paramètres. Mobilisation avec impulsion

Dans ce type de réduction le sujet est placé en décubitus, mais le « haut du corps » est amené et maintenu en latéroflexion gauche et prend appui sur la cuisse droite du praticien. La réduction se fait par l'intermédiaire du couple de force mis en place par l'avant-bras gauche et la main gauche du praticien. Se reporter aux [figures 4.37 et 4.43](#) pour les détails de la mobilisation avec impulsion.

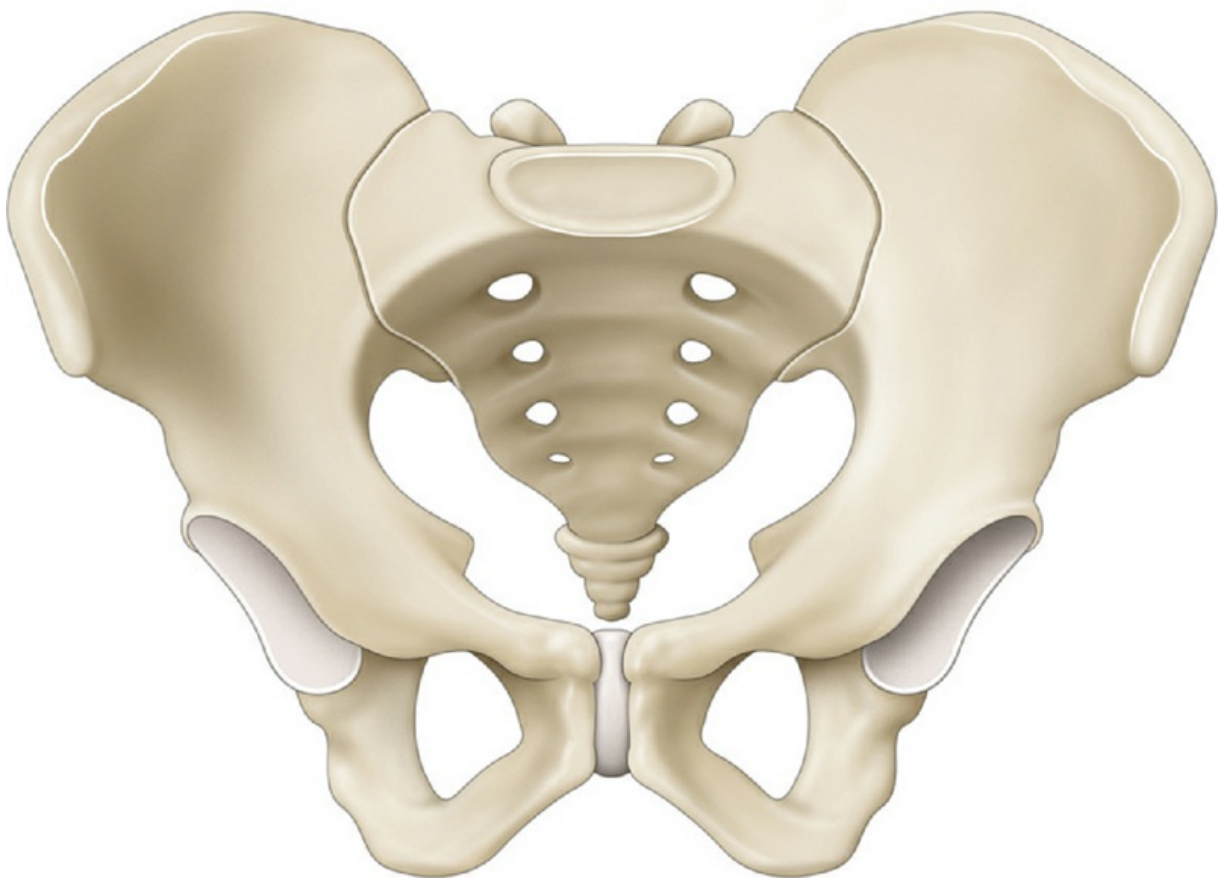
Pour une réduction optimale

Mobilisation avec impulsion

Il faut bien avoir présent à l'esprit que cette double « impaction » des leviers supérieur et inférieur sur la base sacrée concernée (droite ou gauche selon la dysfonction en présence : bascule sacrée unilatérale postérieure droite ou torsion sacrée postérieure droite/gauche ou gauche/droite) a pour objectif de produire ce que l'on peut appeler un « effet entonnoir » lequel a pour conséquence de condenser et de focaliser toute l'énergie emmagasinée par cette double impaction sur un seul point : la face postérieure de la base sacrée concernée, dans le seul but de l'antérioriser.

L'impulsion brève et sèche (de basse amplitude et de haute vélocité) donnée par le praticien (dans le sens de la mise en tension et contre la résistance) vient finaliser un geste technique d'une complexité certaine, mais d'une grande efficacité si la mise en place chronologique des différents paramètres a été scrupuleusement respectée.

La symphyse pubienne



Guide des figures

Branche symphysaire pubienne droite en infériorité : Restriction de mobilité de la branche symphysaire pubienne droite en supériorité	Fig. 5.1 à 5.19
Branche symphysaire pubienne droite en supériorité : Restriction de mobilité de la branche symphysaire pubienne droite en infériorité	Fig. 5.20 à 5.26

Branche symphysaire pubienne droite en infériorité

Restriction de mobilité de la branche symphysaire pubienne droite en supériorité

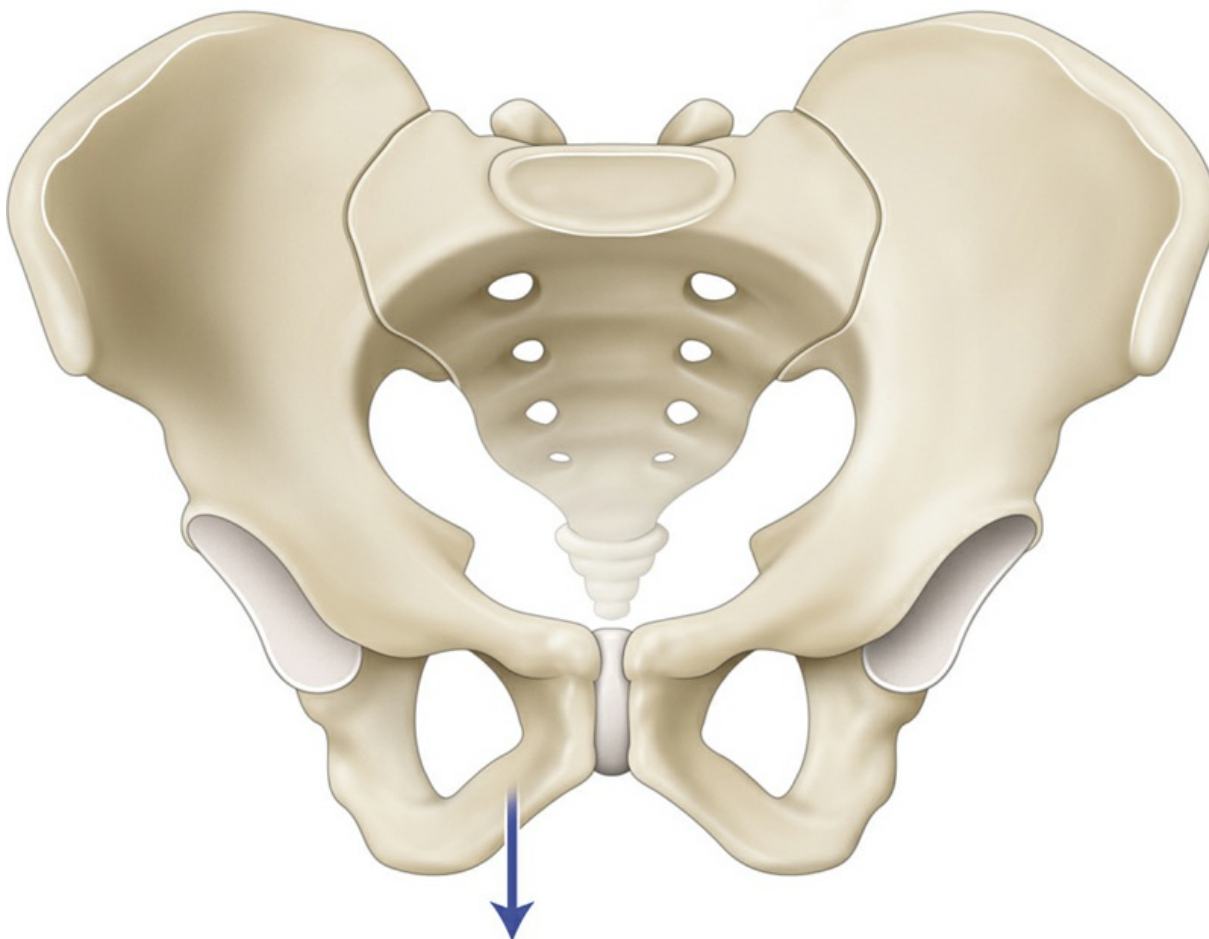


FIG. 5.1 Bassin, vue de face

Diagnostic

Palpation

- Tubercule pubien localisé comme étant inférieur (plus bas situé) par comparaison avec l'autre côté.
- Rechercher un éventuel relâchement des muscles adducteurs du côté de la dysfonction (par comparaison avec l'autre côté).
- Rechercher une éventuelle tension du muscle grand droit de l'abdomen du côté de la dysfonction (par comparaison avec l'autre côté).

Le test le plus probant est l'appui sur la symphyse pubienne ainsi que

l'appui sur les structures osseuses attenantes. En appuyant à la partie antérieure, supérieure et inférieure de ces structures osseuses, on déclenche une douleur plus ou moins vive (douleur qui dans la plupart des cas amène le sujet à consulter).

Causes

Causes directes

- L'accouchement et la grossesse peuvent avoir pour conséquence ce type de dysfonction.
- La ptôse abdominale peut avoir également des conséquences d'ordre mécanique sur la symphyse pubienne (les tests diagnostiques les préciseront).
- Les accidents de la circulation (éjection en moto et chute, par exemple sur les fesses).

Remarque : Certains sports, comme le football par exemple, en privilégiant une sur-sollicitation des muscles adducteurs peuvent amener une branche symphysaire pubienne droite en infériorité.

Il en est de même de certains sports de combat comme le karaté ou le judo.

Causes secondaires

Une branche symphysaire pubienne droite en infériorité peut être secondaire à une dysfonction iliaque.

À propos de l'examen clinique

Le sujet se plaint de douleurs siégeant sur la partie antérieure de la symphyse et débordant sur les structures osseuses attenantes.

Ne pas oublier d'investiguer les muscles de la paroi abdominale pouvant être tendus et les muscles adducteurs (qui peuvent être relâchés)

Une contracture peut être repérée à l'examen clinique, où elle se manifeste par une induration à la palpation.

À retenir avant réduction

Dans le cas où l'on suspecterait une lésion et non une dysfonction, une radio s'impose.

Toute dysfonction de symphyse (haute ou basse) s'inscrit dans le cadre d'une dysfonction iliaque :

- soit le sujet signale une douleur beaucoup plus marquée en avant (au niveau de la symphyse pubienne) qu'en arrière (au niveau de l'articulation sacro-iliaque) et l'on commence le traitement par une technique portant sur la symphyse ;
- soit le sujet signale une douleur beaucoup plus marquée en arrière (articulation sacro-iliaque), et dans ce cas l'on commence le traitement par une technique portant sur l'ilium. On vérifie ensuite s'il persiste une dysfonction de la symphyse, si cela est le cas, cela justifie une deuxième technique spécifique à la symphyse ;
- tonifier les muscles relâchés (adducteurs) et relâcher les muscles tendus (abdominaux) à l'aide de « contracter-relâcher ».

Quelle que soit la dysfonction de symphyse, on commence par une technique de décoaptation de symphyse qui comprend :

- une technique en abduction ;
- une technique en adduction.

Techniques de décoaptation symphysaire

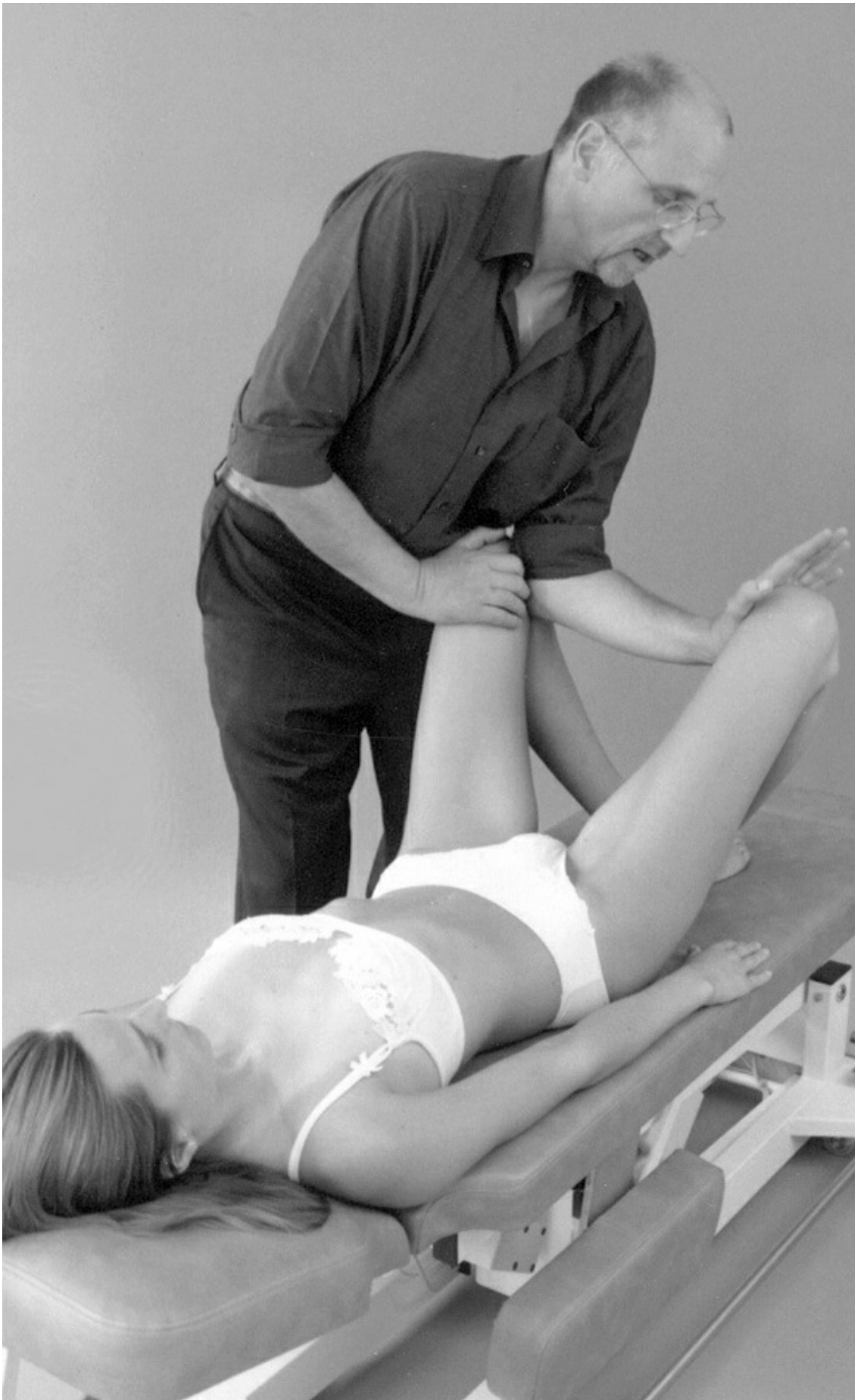


*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.2 Réduction en abduction

Le sujet est en décubitus avec les deux membres inférieurs placés en triple flexion. Le praticien est debout, à la hauteur des genoux du sujet ; il demande à ce dernier d'écartier les genoux, de telle sorte que la face latérale du genou gauche du sujet vienne au contact de son propre bassin. Le praticien place ses deux mains superposées à la face latérale du genou droit du sujet. À partir de cette prise, on demande à ce dernier une succession de mouvements d'abduction contre la résistance fournie par le bassin et les mains du praticien. Trois exercices isométriques tenus trois secondes, espacés par trois phases de relâchement.

Remarque : Le praticien commence par l'abduction car ce mouvement est rarement douloureux, alors que l'adduction l'est beaucoup plus souvent. Le praticien peut ainsi régler l'intensité de la force du sujet sur un mouvement le plus souvent non douloureux.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.3 Réduction en adduction

Le sujet est en décubitus avec les deux membres inférieurs placés en triple flexion. Le praticien est debout, à la hauteur des genoux du sujet.

On demande au sujet d'écartier les genoux. Le praticien place la paume de sa main gauche à la face médiale du genou droit de ce dernier, et son coude gauche contre la face médiale du genou gauche du sujet. À partir de cette prise, on demande à ce dernier une succession de mouvements d'adduction, contre la résistance fournie par l'avant-bras du praticien. Trois exercices isométriques tenus trois secondes, espacés par trois phases de relâchement.

Technique de réduction 1



FIG. 5.4 Position du sujet et du praticien.
Mise en place des paramètres, phase 1

Le sujet est en décubitus, la main droite du praticien amène le membre inférieur droit du sujet en flexion de hanche de manière à dégager la tubérosité ischiatique.

Noter l'approche de la main gauche du praticien qui va se placer au contact

de la tubérosité ischiatique.



FIG. 5.5 Mise en place des paramètres, phase 2

Sur la figure ci-contre, on note la prise de contact particulière de la main gauche du praticien avec la tubérosité ischiatique. Elle se fait par l'intermédiaire du talon de la main entre les bases des éminences thénar et hypothénar.



FIG. 5.6 Mise en place des paramètres, phase 3

La main droite du praticien se positionne sur l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) homolatérale, et le praticien cale le genou droit du sujet entre la face médiale (interne) de son bras droit et son hémithorax droit.

La main droite du praticien peut également s'agripper à la table au lieu de se positionner sur l'EIAS de l'ilium droit du sujet si les morphologies respectives des acteurs en présence l'imposent.

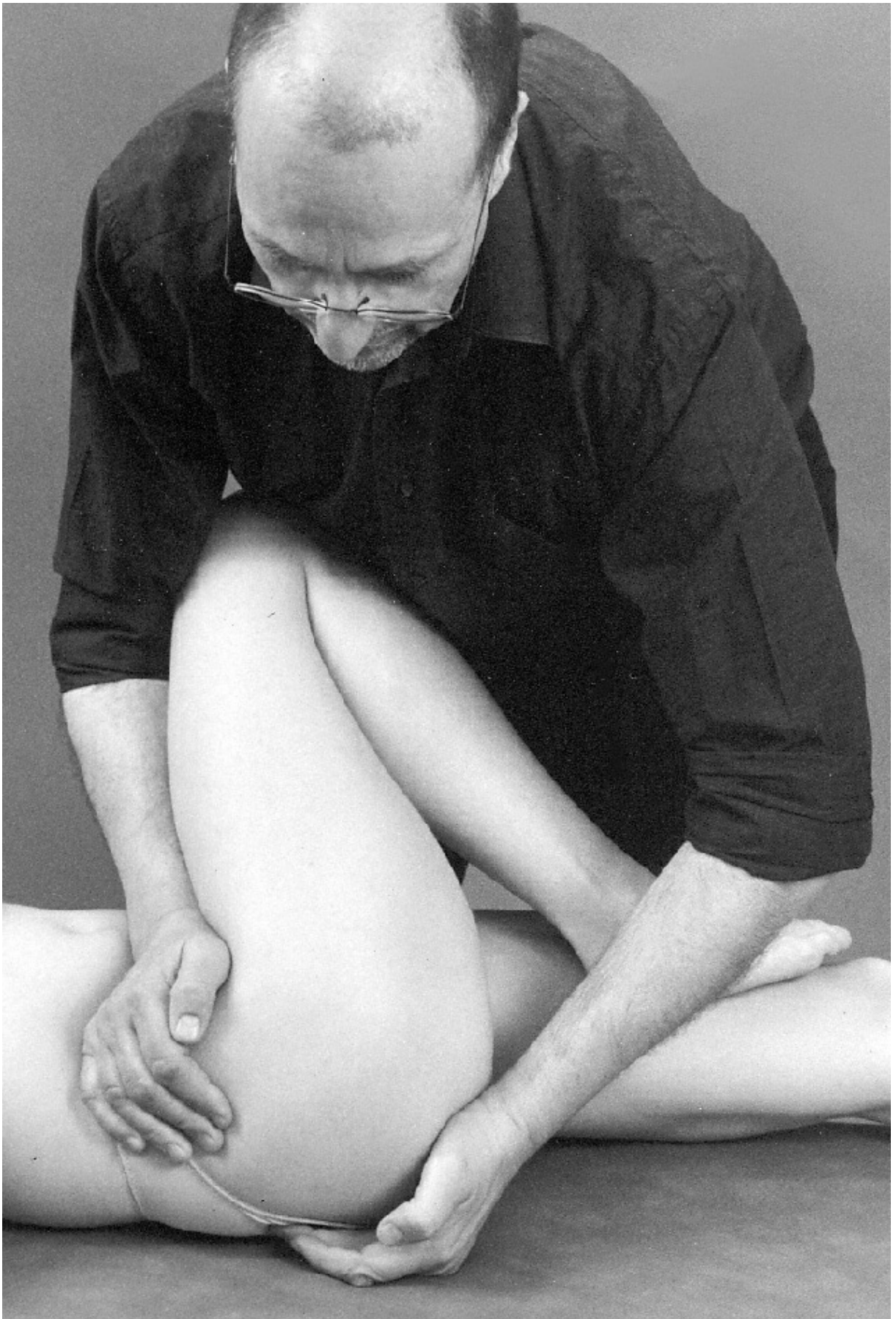


FIG. 5.7 Mise en place des paramètres, phase 4

Le praticien fléchit la hanche du sujet le plus possible, le genou droit de ce dernier étant calé comme décrit ci-dessus, entre le bras droit et l'hémi-thorax droit du praticien. La main gauche du praticien reste bien calée au contact de la tubérosité ischiatique avant que ne débute la technique de réduction. La tête du sujet est posée à plat sur la table.



FIG. 5.8 Mobilisation sans impulsion, 1^{er} temps

À partir d'une flexion de hanche maximale, le praticien demande au sujet une extension de hanche (1) ([fig. 5.8](#)) contre son hémi-thorax droit, contraction à laquelle il résiste pendant trois à quatre secondes tout en maintenant le contact avec la tubérosité ischiatique. La tête du sujet est posée à plat sur la table.



FIG. 5.9 Mobilisation sans impulsion, 2^e temps

Pendant la période de relâchement de l'action du sujet (lorsque ce dernier cesse de pousser contre l'hémithorax droit du praticien), qui dure également trois à quatre secondes, il est demandé au sujet de souffler en rentrant le ventre et en rétroversant le bassin, tout en amenant une flexion de la tête et de la partie haute du tronc. Cela permet à la sangle abdominale de tracter la branche symphysaire pubienne en direction crâniale.

La technique de réduction peut être un exercice de « contracter- relâcher » couplé ou non à une mobilisation avec impulsion.



FIG. 5.10 Mobilisation sans impulsion, 3^e temps

Au cours de la technique du « contracter-relâcher », lorsque le sujet relâche sa poussée en extension de hanche contre le thorax du praticien, ce dernier doit veiller à bien gérer la position dynamique de son corps. C'est au cours de cette phase de relâchement que le praticien « remonte » la branche symphysaire droite vers le haut, via la poussée de la tubérosité ischiatique, à l'aide du talon de sa main gauche et en s'aidant de l'autre main qui amène l'ilium en postériorité. Le gain d'amplitude obtenu par cette manœuvre doit être maintenu et c'est à partir de ce dernier que l'on enchaînera un deuxième cycle de « contracter-relâcher », et ainsi de suite jusqu'à la levée de la restriction de mobilité.

L'expirium du praticien doit être couplé à celui du sujet (voir [fig. 5.9](#)) au cours de chaque gain d'amplitude pendant la phase de relâchement.

Mobilisation avec impulsion

Au cours de la phase de relâchement du « contracter-relâcher », c'est-à-dire au cours des deuxième et troisième temps de la technique et dans le même temps, le praticien peut porter à l'aide du talon de sa main gauche (2) ([fig. 5.9](#) et [5.10](#)) une impulsion brève et sèche sur la tubérosité ischiatique et en direction crâniale, aidée de sa main droite qui elle, tend à postérioriser

l'ilium droit du sujet.

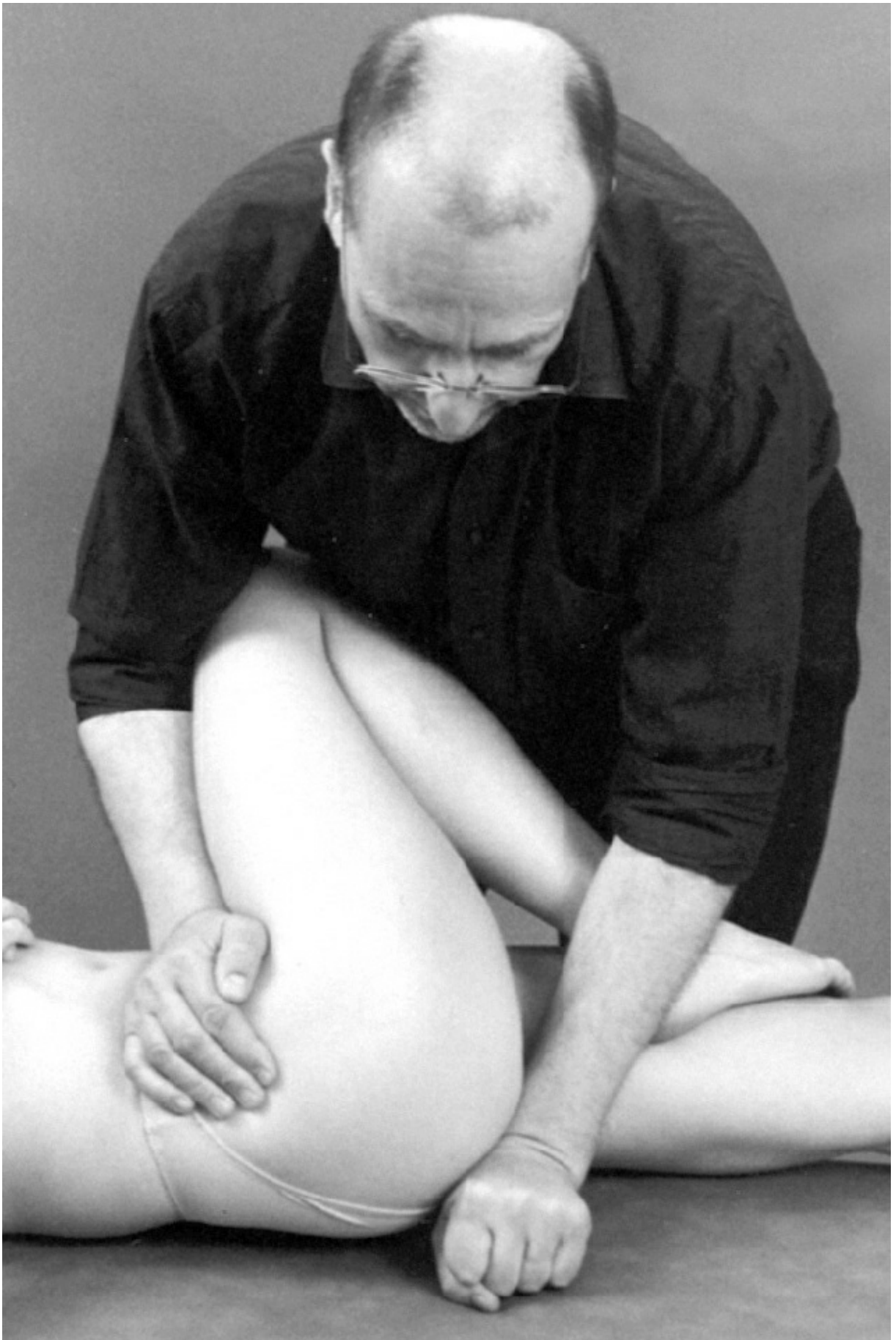
Ces deux actions simultanées des mains du praticien ont pour effet de porter la branche symphysaire pubienne droite en direction crâniale.

Important

Les deuxième et troisième temps sont ici exposés séparément pour des raisons didactiques, mais ils ne constituent qu'un seul et même geste, que la technique soit réalisée avec ou sans impulsion.

Remarque : Les deux techniques de mobilisation décrites ci-dessus (avec ou sans impulsion) peuvent être utilisées séparément ou au contraire imbriquées dans le même temps du traitement que sont les phases (2) et (3) (voir ci-dessus).

Technique de réduction 2



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.11 Mise en place des paramètres, phase 1

Le genou droit du sujet est calé entre la face médiale du bras droit du praticien et la face latérale de l'hémithorax droit du praticien. Le membre inférieur droit est amené en flexion de hanche afin de dégager la tubérosité ischiatique.

Noter l'approche de la main gauche du praticien, qui, poing fermé, s'apprête à se placer sur la tubérosité ischiatique.

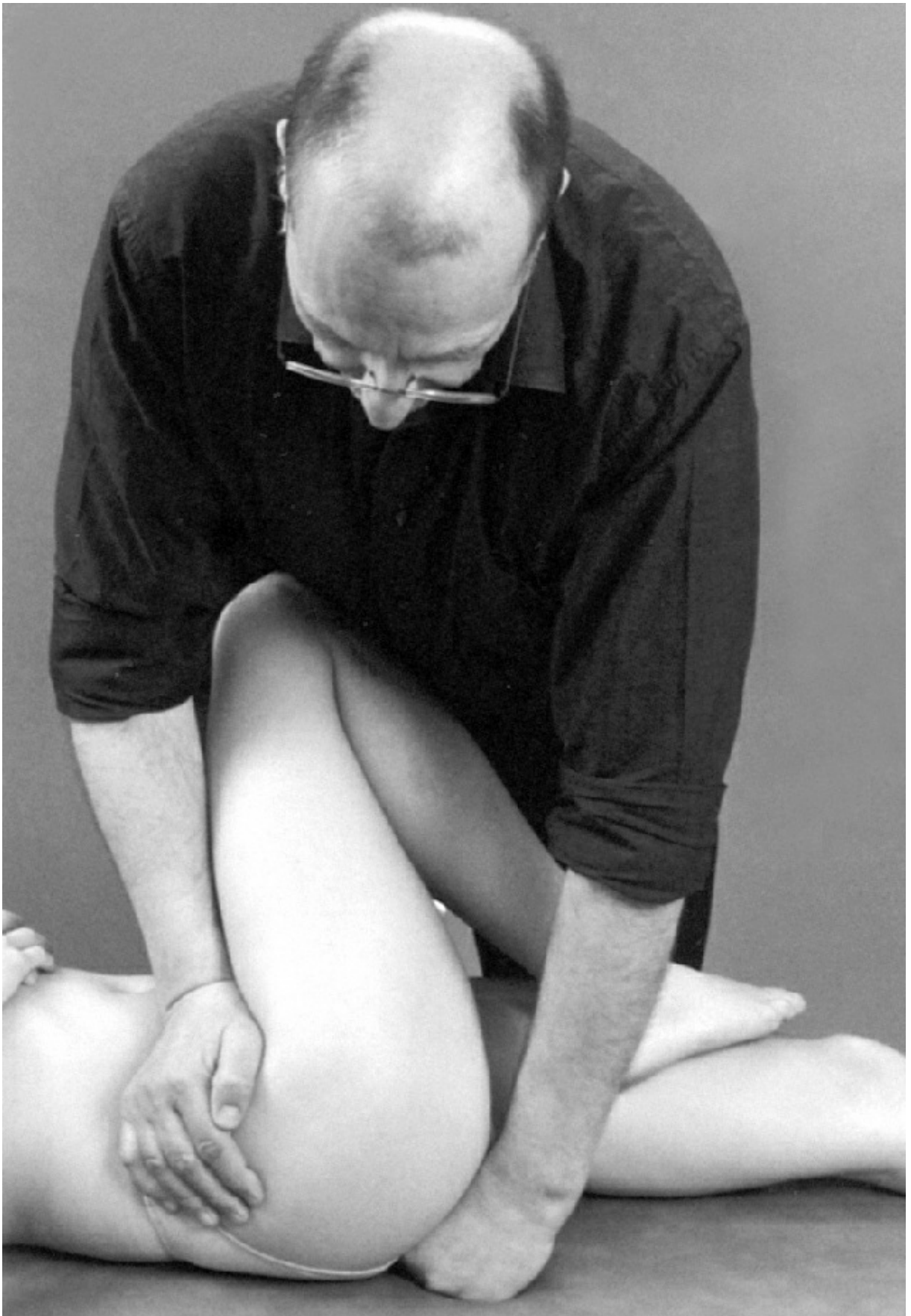


FIG. 5.12 Mise en place des paramètres, phase 2

Sur la figure ci-contre, on note la prise de contact particulière de la main gauche du praticien avec la tubérosité ischiatique. La main droite du praticien se place sur l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) droite de l'ilium droit du sujet ou bien s'agrippe à la table (cela dépend de la force du sujet par rapport à celle du praticien). Ces paramètres sont mis en place pour la technique du « contracter-relâcher » décrite ci-dessous.



FIG. 5.13 Mise en place des paramètres, phase 3

Sur la figure ci-contre, le praticien amène une flexion de hanche presque maximale afin de commencer un cycle de « contracter- relâcher ». Le genou du sujet est plaqué contre le thorax du praticien. Le poing du praticien doit rester bien calé contre la tubérosité ischiatique avant que ne débute la technique du « contracter-relâcher ». La tête du sujet est posée à plat sur la table.



FIG. 5.14 Mobilisation sans impulsion, 1^{er} temps

À partir d'une flexion de hanche maximale, le praticien demande au sujet une extension de hanche (1) (voir [fig. 5.13](#)) contre son hémithorax droit, contraction à laquelle il résiste pendant trois ou quatre secondes tout en maintenant le contact avec la tubérosité ischiatique. La tête du sujet est posée à plat sur la table.



FIG. 5.15 Mobilisation sans impulsion, 2^e temps

Pendant la phase de relâchement de l'action du sujet (lorsque ce dernier cesse de pousser contre l'hémithorax droit du praticien), qui dure également trois à quatre secondes, il est demandé au sujet de souffler en rentrant le ventre et en rétroversant le bassin, tout en amenant une flexion de la tête et de la partie haute du tronc. Cela permet à la sangle abdominale de tracter la branche symphysaire pubienne en direction crâniale.

La technique de réduction peut être un exercice de « contracter- relâcher » couplé ou non à une mobilisation avec impulsion.



FIG. 5.16 Mobilisation sans impulsion, 3^e temps

Au cours de la technique du « contracter-relâcher », lorsque le sujet relâche sa poussée en extension de hanche contre le thorax du praticien, ce dernier doit veiller à bien gérer la position dynamique de son corps.

C'est au cours de cette phase de relâchement que le praticien « remonte » la branche symphysaire droite vers le haut, via la poussée de la tubérosité ischiatique, à l'aide de son poing gauche (fig. 5.15 et 5.16) et en s'aidant de l'autre main qui amène l'ilium en postériorité.

Le gain d'amplitude obtenu par cette manœuvre doit être maintenu et c'est à partir de ce dernier que l'on enchaînera un deuxième cycle de « contracter-relâcher », et ainsi de suite jusqu'à la levée de la restriction de mobilité.

L'expirium du praticien doit être couplé à celui du sujet (voir fig. 5.15) au cours de chaque gain d'amplitude pendant la phase de relâchement.

Mobilisation avec impulsion

Au cours de la phase de relâchement du « contracter-relâcher », c'est-à-dire dans les deuxième et troisième temps de la technique et dans le même temps, le praticien peut porter à l'aide de son poing gauche (2) une impulsion brève et sèche sur la tubérosité ischiatique et en direction crâniale, aidée de sa main droite qui, elle, tend à postérioriser l'ilium droit du sujet.

Ces deux actions simultanées des mains du praticien ont pour effet de porter la branche symphysaire pubienne droite en direction crâniale.

Important

Les deuxième et troisième temps sont ici exposés séparément pour des raisons didactiques, mais ils ne constituent qu'un seul et même geste, que la technique soit réalisée avec ou sans impulsion.

Remarque : Les deux techniques de mobilisation décrites ci-dessus (avec ou sans impulsion) peuvent être utilisées séparément ou au contraire imbriquées dans le même temps du traitement que sont les phases (2) et (3) (voir ci-dessus).

Technique de réduction 3



FIG. 5.17 Position du sujet et du praticien.
Mise en place des paramètres

Le sujet est en décubitus au bord de la table ; l'ilium est dans le vide. Le praticien s'intercale entre la table et le membre inférieur du sujet et place ce dernier en légère rotation médiale.

Le praticien prend appui avec la tête du deuxième métacarpien de sa main

droite sur la partie antéro-inférieure de la branche ischio-pubienne.

Pour être bien ancré sur la structure osseuse ci-dessus et pour réaliser une mise en tension optimale, le praticien doit positionner sa main en légère déviation ulnaire.



FIG. 5.18 Mobilisation sans impulsion, 1^{er} temps

Le praticien demande au sujet de souffler en rentrant le ventre et de lever la tête jusqu'à tenter de décoller la pointe des omoplates du plan de la table, le tout en amenant une rétroversion du bassin. Cet ensemble d'actions musculaires vise à solliciter les muscles de la sangle abdominale qui viendront ainsi tracter la branche symphysaire en direction crâniale. Dans le même temps, le praticien accompagne la branche symphysaire pubienne droite en direction crâniale, gagne en amplitude et doit maintenir ce gain pour passer correctement à la deuxième phase de la réduction.



FIG. 5.19 Mobilisation sans impulsion, 2^e temps

Le praticien demande au sujet de reposer la tête sur la table et continue à l'aide de sa main droite de pousser la branche symphysaire pubienne droite en direction crâniale, à partir du gain d'amplitude qu'il a précédemment réalisé.

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Dans cette technique de réduction, pour que le praticien puisse se placer au bon endroit pour réussir une mobilisation optimale, il doit laisser glisser sa main droite le long du muscle long adducteur (moyen adducteur) jusqu'au contact avec la partie antérieure du bord inférieur de la branche ischio-pubienne (bord inférieur du corps du pubis). Le contact doit être franc et les cycles successifs de mobilisation sans impulsion doivent être brefs.

Mobilisation avec impulsion

En fonction des morphologies respectives du sujet et du praticien, ce dernier peut venir caler son coude dans la grande échancrure innommée (au-dessous de l'EIAS) de son propre ilium.

Le praticien affine son contact avec la partie antéro-inférieure de la branche ischio-pubienne (bord inférieur du corps du pubis) à l'aide d'une double manœuvre : il porte le membre inférieur du sujet en légère rotation médiale (interne), et dans le même temps, il amène une légère inclinaison ulnaire de sa main droite.

Tous ces paramètres ayant été mis en place, le praticien porte alors une impulsion brève et sèche dans le sens de la mise en tension et contre la résistance, ceci sur le temps expiratoire du cycle ventilatoire du sujet. Il est lui-même sur son propre temps expiratoire et en phase avec l'expirium du sujet lorsqu'il porte l'impulsion.

La mobilisation avec impulsion est une technique qui s'adresse à une branche symphysaire pubienne droite en infériorité plutôt récente qui n'est donc pas en adaptation depuis longtemps.

Branche symphysaire pubienne droite en supériorité

Restriction de mobilité de la branche symphysaire pubienne droite en infériorité

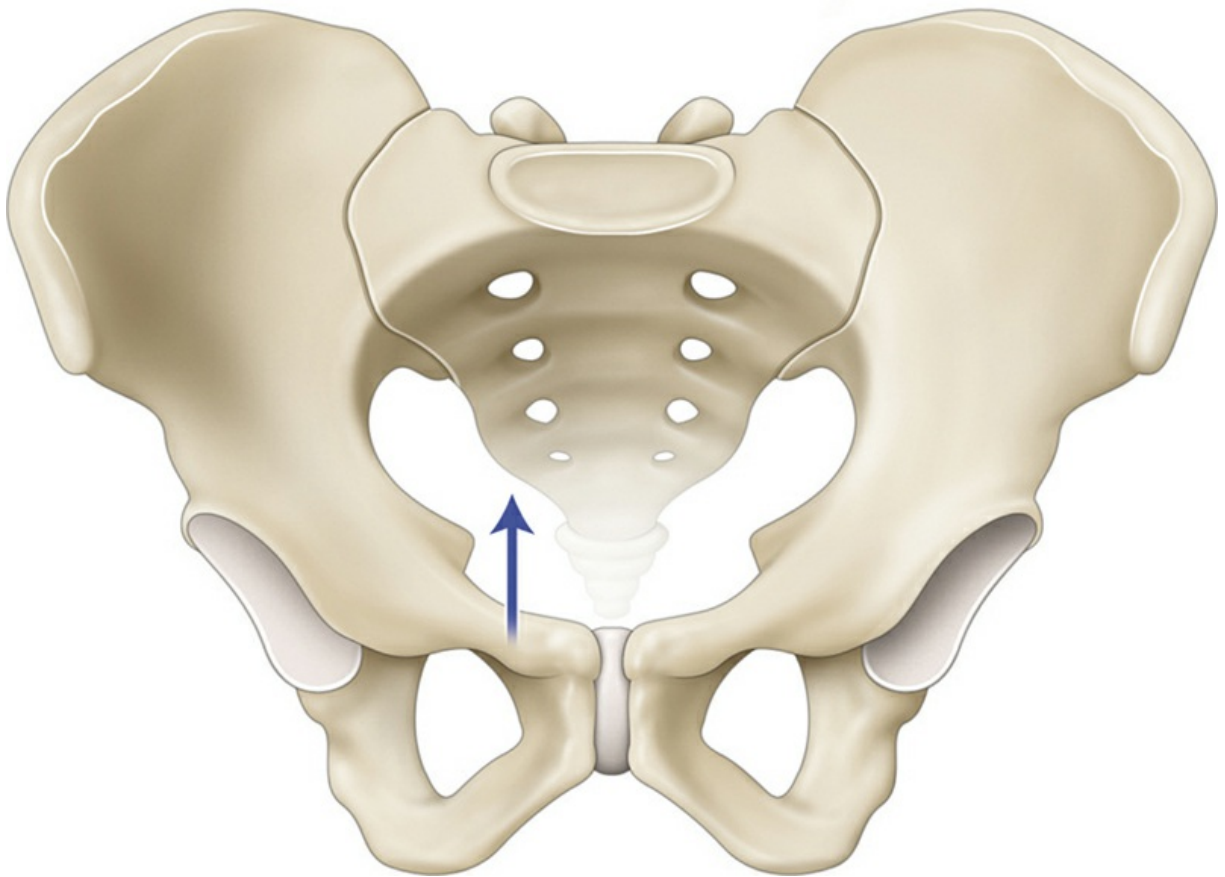


FIG. 5.20 Bassin, vue de face

Diagnostic

Palpation (voir le chapitre *Les tests*)

- Tubercule pubien localisé comme étant supérieur (plus haut situé) par comparaison avec l'autre côté.
- Rechercher une éventuelle tension des muscles adducteurs du côté de la dysfonction (par comparaison avec l'autre côté).
- Rechercher un éventuel relâchement du muscle droit de l'abdomen du côté de la dysfonction (par comparaison avec l'autre côté).
- Le test le plus probant est l'appui sur la symphyse pubienne ainsi que l'appui sur les structures osseuses attenantes. En appuyant à la partie antérieure, supérieure et inférieure de ces structures osseuses, on déclenche une douleur plus ou moins vive (douleur qui dans la plupart des cas amène le sujet à consulter).

Causes

Causes directes

Les causes sont identiques à celles qui ont été décrites à propos de la branche symphysaire droite en infériorité. On peut donner d'autres exemples.

Sports et loisirs

- Le parachutisme ou le deltaplane : le choc lors de l'atterrissage peut être beaucoup plus marqué sur une jambe que sur l'autre, et donner une branche symphysaire pubienne en supériorité du côté où le choc aura été le plus rude.
- En athlétisme : le 110 mètres haies par exemple, qui donnera une branche symphysaire pubienne en supériorité du côté du membre inférieur qui passe la haie en extension du genou et en flexion de hanche, et une branche symphysaire pubienne en infériorité de l'autre côté.
- Le lancer du javelot : au cours de ce geste technique le droitier bloque sa hanche gauche et tourne autour de cette dernière au moment de lancer le javelot ; cela peut aboutir à une branche symphysaire pubienne droite en infériorité et à une branche symphysaire pubienne gauche en supériorité.
- Le tennis : le joueur de tennis qui glisse sur terre battue.
- Les activités de loisirs : bêcher son jardin, par exemple, peut amener une branche symphysaire pubienne droite en supériorité.

Causes secondaires

La branche symphysaire pubienne droite en supériorité peut être secondaire à une dysfonction iliaque.

À propos de l'examen clinique

Le sujet se plaint de douleurs siégeant sur la partie antérieure de la symphyse et débordant sur les structures osseuses attenantes.

Ne pas oublier d'investiguer les muscles de la paroi abdominale pouvant être relâchés et les muscles adducteurs (qui peuvent être tendus).

À retenir avant réduction

Dans le cas où l'on suspecterait une lésion et non une dysfonction, une radio s'impose.

Toute dysfonction de symphyse s'inscrit dans le cadre d'une dysfonction iliaque :

- soit le sujet signale une douleur beaucoup plus marquée en avant (au

niveau de la symphyse pubienne) qu'en arrière (au niveau de l'articulation sacro-iliaque) et l'on commence le traitement par une technique portant sur la symphyse ;

- soit le sujet signale une douleur beaucoup plus marquée en arrière (articulation sacro-iliaque) et l'on commence le traitement par une technique portant sur l'ilium. On vérifie ensuite s'il persiste une dysfonction de la symphyse, si cela est le cas, cela justifie une deuxième technique spécifique à la symphyse ;
- tonifier les muscles relâchés (abdominaux) et relâcher les muscles tendus (adducteurs).

Quelle que soit la dysfonction de symphyse on commence par une technique de décoaptation de symphyse :

- une technique en abduction ;
- une technique en adduction.

Ces techniques sont décrites et illustrées dans les [figures 5.2 et 5.3](#), dans le cadre d'une branche symphysaire pubienne droite en infériorité.

Technique de réduction 1



FIG. 5.21 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en décubitus, le membre inférieur concerné doit être placé en dehors de la table et il faut mettre le sacrum au contact du bord de la table afin que l'ilium se retrouve dans le vide. Le praticien place le membre inférieur du sujet entre ses jambes, et le maintient au niveau du mollet.



FIG. 5.22 Mise en place des paramètres

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Pour un traitement portant sur un membre inférieur droit, la main gauche du praticien se place au-dessus de l'articulation du genou. Dans le cas où le membre inférieur controlatéral est en triple flexion (voir ci-dessous *Pour une réduction optimale*) la main droite du praticien se place sur le genou gauche du sujet. Dans le cas contraire, la main droite du praticien se place sur l'épine iliaque antéro-supérieure (EIAS) de l'ilium controlatéral.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.23 Réduction : technique du « contracter-relâcher »

Le praticien demande au sujet une succession de « contracter-relâcher » dans le sens de la flexion de hanche (tenue de la contraction : trois à quatre secondes). Pendant la phase de relâchement le praticien pousse en direction de l'extension de hanche (temps de poussée : trois à quatre secondes).

Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Si le sujet se plaint de douleurs lombaires, ou s'il présente une lordose lombaire beaucoup trop accentuée, il est impératif de placer le membre inférieur controlatéral en triple flexion, cette position est maintenue par le patient lui-même, à l'aide de ses mains entrecroisées autour de son genou.

Il faut de plus veiller à ce que l'épaule du praticien se situe bien à l'aplomb du genou du sujet.

Technique de réduction 2



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.24 Position du sujet et du praticien. Variante

Le sujet est en décubitus, le sacrum au contact du bord de la table ; l'ilium est dans le vide.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 5.25 Mise en place des paramètres

La jambe du sujet est placée entre les mollets du praticien. La main gauche de ce dernier se place au-dessus du genou, l'autre main sur l'EIAS controlatérale.

Remarque : Le praticien s'adapte à la morphologie du sujet et peut dans certains cas prendre une posture particulière (voir figure ci-contre), lorsqu'il a affaire par exemple à un sujet particulièrement souple. Dans le cas présent, il croise les jambes pour réaliser une sorte de berceau à même de recevoir le membre inférieur droit du sujet.



FIG. 5.26 Réduction : technique du « contracter-relâcher »

Premier temps : demander une flexion de hanche contre résistance tenue de
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

trois à cinq secondes par l'intermédiaire du droit fémoral.

Deuxième temps : le sujet relâche sa contraction et le praticien pousse le genou vers le bas pour amener la branche symphysaire pubienne droite en infériorité.

Troisième temps : renouveler trois fois la technique du « contracter-relâcher ».

Remarque : Il est préférable pour la plupart des sujets de fléchir la hanche controlatérale afin de préserver le rachis lombaire, ce qui présente aussi l'avantage de fixer l'ilium controlatéral.

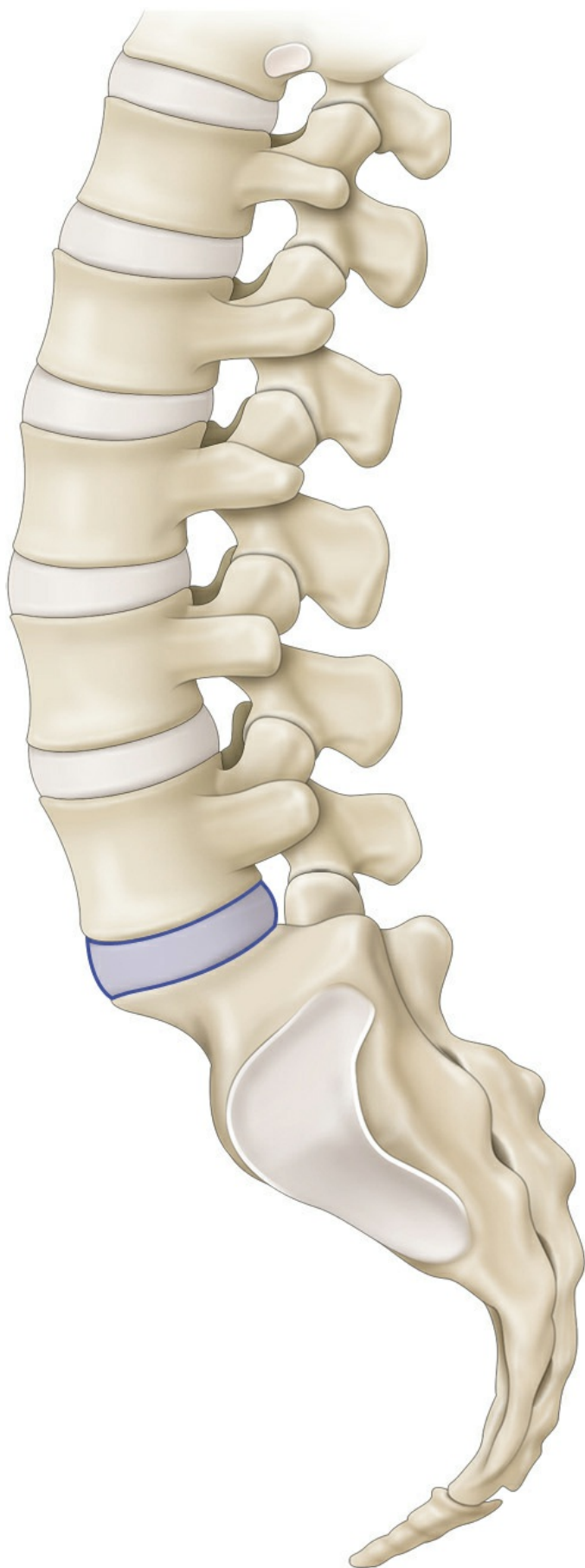
Pour une réduction optimale

Mobilisation sans impulsion

Cette technique étant une variante de la précédente, les remarques faites pour assurer une mobilisation optimale sont identiques.

Il faut également veiller à ce que l'épaule du praticien se situe bien à l'aplomb du genou du sujet.

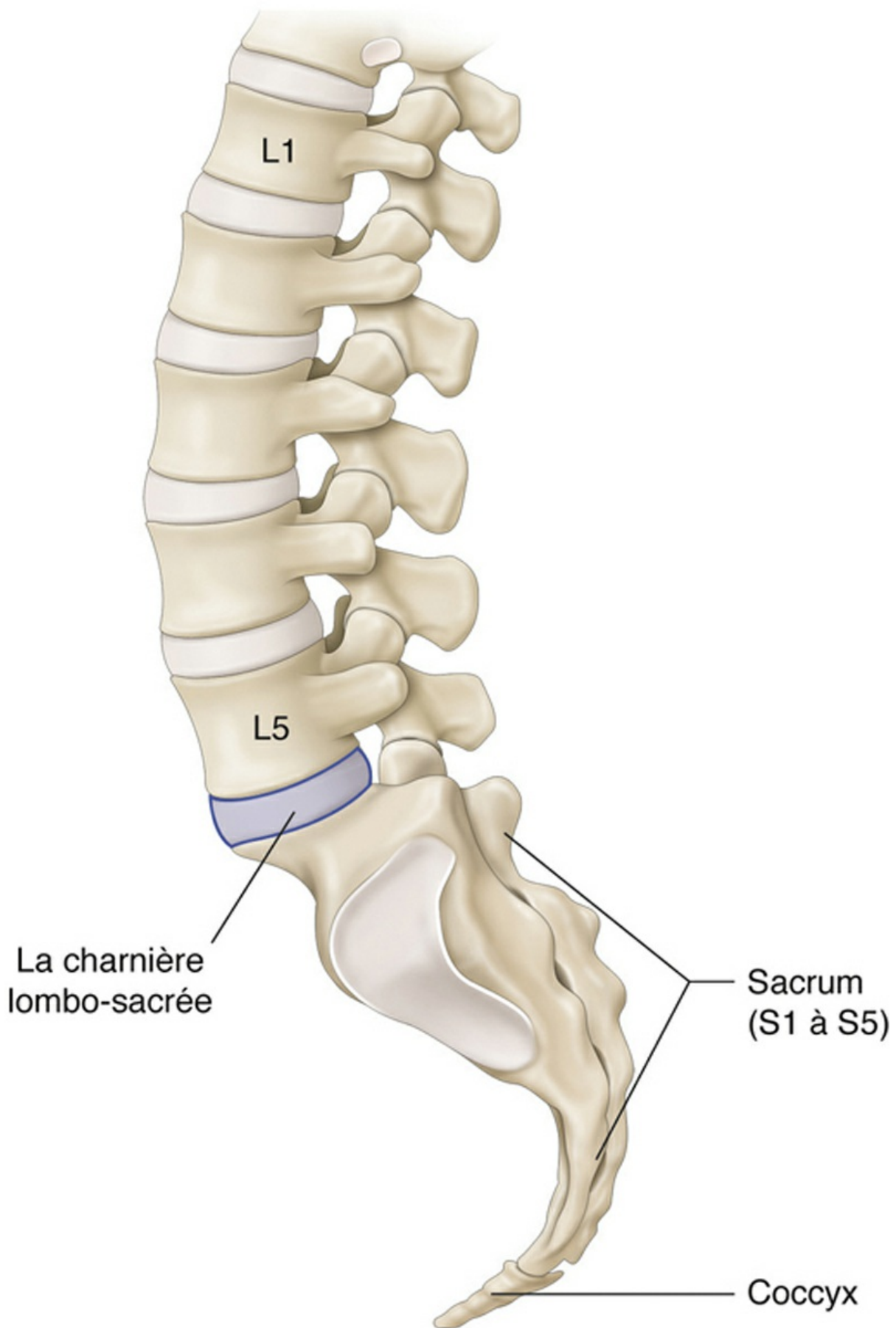
La charnière lombo-sacrée



Guide des figures

Techniques de réduction	Fig. 6.2 à 6.21
-------------------------	---------------------------------

La charnière lombo-sacrée



Diagnostic

Test de mobilité (voir le chapitre **Les tests**)

À l'inclinaison latérale droite, par exemple, (le sujet étant placé en lordose physiologique) la vertèbre L5 semblerait tourner vers la gauche, ce qui est normal.

Le pouce du praticien est placé sur le processus transverse de L5 et note toute anomalie. S'il n'y a pas de restriction de mobilité au niveau des apophyses articulaires entre L5 et S1, L5 « fuit » sous les doigts du praticien.

Dans le cas contraire, le processus transverse de L5 semblerait rester sous le pouce du praticien, ce qui permettrait de déduire une postériorité du processus transverse par rapport à S1 puisque c'est l'étage L5-S1 qui nous concerne. Le test doit être comparatif avec l'autre côté.

Attention !

Veiller à ne pas mettre le sujet en hyperlordose lombaire car dans ce cas précis, L5 se comporte de la même manière que lorsque le sujet est placé en cyphose lombaire marquée ; c'est-à-dire que dans ce cas, L5 tournerait dans le même sens que l'inclinaison latérale (si inclinaison droite : rotation droite).

Causes

Causes directes

Parmi les sujets à risque on retrouve les patients présentant une hyperlordose, les femmes enceintes.

On retrouve aussi toute la gamme de faux mouvements :

- ramasser une pièce de monnaie tombée au sol ;
- se brosser les dents dans une posture inadéquate pour la charnière lombosacrée ;
- sortir une valise du coffre de sa voiture, etc.

Causes secondaires

Sur le plan des dysfonctions, le distinguo entre L5, l'ilium et le sacrum est fondamental ; les différents tests ostéopathiques présentés dans cet ouvrage seraient à même de faire la part des choses entre les différentes restrictions

de mobilité pouvant siéger sur ces trois pièces osseuses. (Voir aussi *À retenir avant réduction.*)

À propos de l'examen clinique

Lorsqu'un problème survient concernant une restriction de mobilité siégeant au niveau des processus articulaires unissant L5 à S1, il faut envisager deux types de cas.

Le cas aigu

Le sujet à beaucoup de mal à se mouvoir :

- si L5 est en flexion, le sujet est en cyphose et il ne peut se redresser ;
- si L5 est en extension, le sujet est beaucoup plus mobile, mais il ne peut pas se pencher en avant (le seul fait de fléchir la tête déclenche une douleur vive dans la région lombaire).

Le cas chronique

Lorsque la restriction de mobilité chronique porte sur les processus articulaires unissant L5 à S1, la douleur est vraiment marquée sur les ligaments interépineux et surépineux unissant L4 à L5 et L5 à S1, et révélée grâce à la palpation de ces structures. Dermatomes et myotomes tronculaires et radiculaires concernés doivent être explorés ainsi que les réflexes ostéotendineux du membre inférieur afin d'éliminer toute affection grave, dont l'approche et le traitement sortent du cadre de cet ouvrage.

À retenir avant réduction

Dans toute dysfonction iliaque, il faut investiguer L5, ainsi que dans toute dysfonction sacrée, parce que :

- il semblerait que L5 suive l'ilium lorsque ce dernier présente un certain type de restriction de mobilité ;
- et que L5 se mette à l'inverse du sacrum lorsque celui-ci présente également un certain type de restriction de mobilité.

Attention !

Les techniques présentées dans ce chapitre ne valent que lorsque l'on a exclu une hernie discale, et ce sont des techniques où l'on doit exclure la force : l'impulsion mise en œuvre est de basse amplitude et de très haute vélocité. La mise en place des différents paramètres doit être précise et rigoureuse

afin d'éviter toute sollicitation du disque intervertébral suite à une rotation excessive. L'objectif de ces techniques est de lever les éventuelles restrictions de mobilité siégeant au niveau des articulations interapophysaires L5-S1 en exerçant le moins de contrainte possible sur le disque.

Technique de réduction 1

Le sujet est positionné en lumbaroll. Le praticien se place à la hauteur du bassin du sujet ; il s'empare de l'épaule gauche de ce dernier et place son avant-bras droit sur la fesse gauche du sujet.

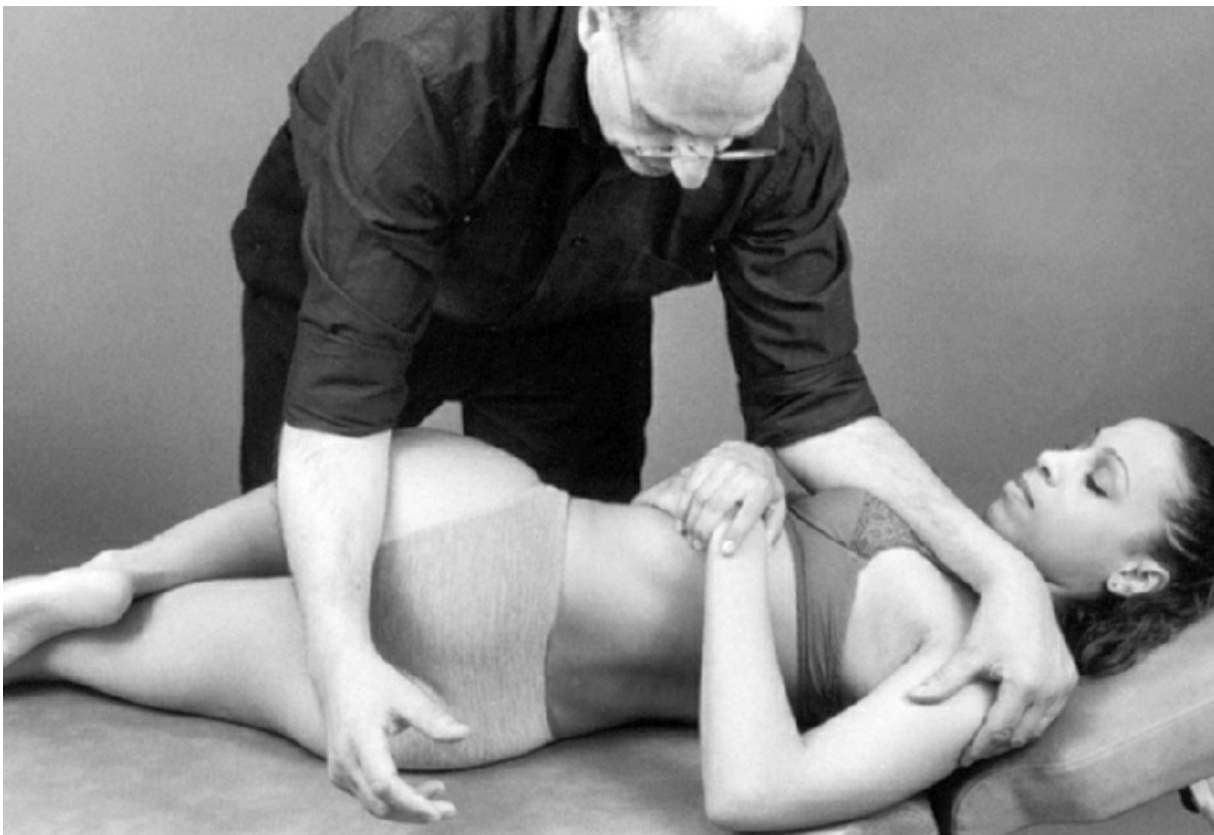


FIG. 6.2 Position du sujet et du praticien



FIG. 6.3 Mise en place des paramètres, phase 1

Le pouce du praticien s'apprête à se positionner sur le processus transverse gauche de L5, qui dans ce cas précis est placé du côté opposé à la table (c'est une technique directe par appui sur le processus transverse).



FIG. 6.4 Mise en place des paramètres, phase 2

Le *levier supérieur* est maintenu en place par la main gauche du praticien qui compacte le rachis du sujet étage par étage jusqu'au contact avec la vertèbre L5.

Le *levier inférieur* est maintenu en place par l'intermédiaire de l'avant-bras droit du praticien qui s'appuie sur la fesse en la repoussant en direction crâniale (vers le haut) par un appui sur la tubérosité ischiatique.

Les deux leviers sont mis en place pour obtenir ce que l'on appelle l'« effet entonnoir » (voir [Glossaire](#)).

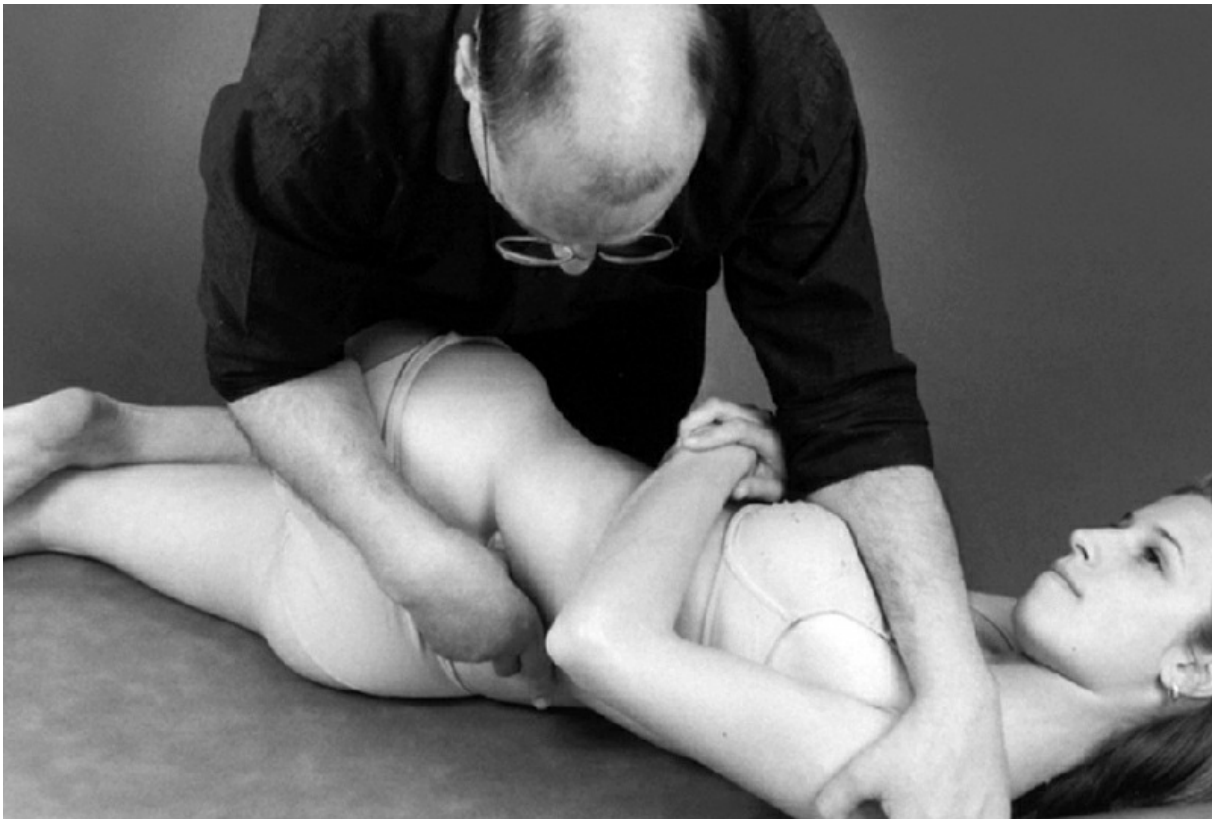


FIG. 6.5 Réduction technique avec le pouce

Le praticien demande au sujet d'inspirer, puis d'expirer. À la fin du temps expiratoire, tout en maintenant le levier supérieur avec sa main gauche, le praticien amène l'ensemble du levier inférieur en rotation vers lui, de manière à mettre son processus xiphoïde à l'aplomb des processus articulaires concernés.

Dernier temps de la réduction

L'appui sur le processus transverse de L5 n'est qu'un guide ; l'important dans cette technique est l'impulsion donnée par l'avant-bras droit du praticien, positionné sur le sacrum. La mise en tension est obtenue quand le praticien perçoit sous son pouce droit le processus transverse de L5 alors qu'il appuie avec son avant-bras sur les deux AILS du sacrum (cet appui se fait par l'intermédiaire de la partie distale de l'avant-bras ou la partie antérieure du poignet, selon la morphologie du sujet).

Technique de réduction 2



FIG. 6.6 Position du sujet et du praticien

Le sujet est positionné en lumbaroll, les bras croisés sur son thorax ; le praticien est debout, à la hauteur du bassin du sujet.

Dans cette technique de réduction, la « postériorité » du processus transverse est positionné sur la table.



FIG. 6.7 Mise en place des paramètres

L'avant-bras gauche du praticien se glisse entre l'hémithorax gauche du sujet et son bras gauche.

Le pouce gauche du praticien se positionne sur la face latérale du processus épineux de L4. À partir de cette prise le praticien appuie sur la face latérale du processus épineux en direction de la table et en direction caudale : l'objectif de cet appui est de « fixer » L5 par l'intermédiaire de L4.

Le pouce droit du praticien se positionne sur le processus transverse de L5.



FIG. 6.8 Réduction

Dans cette technique, on fixe le levier supérieur et on mobilise le levier inférieur.

Concernant le levier supérieur

Tout doit être maintenu :

- pouce sur la partie latérale du processus épineux de L4 qui pousse en direction de la table mais aussi en direction caudale, « fixant » ainsi L5 ;
- avant-bras gauche du praticien qui, enserrant l'hémithorax gauche du sujet, maintient en place le levier supérieur, qui ne doit plus bouger.

Concernant le levier inférieur

- La cuisse droite du praticien posée sur la face latérale de la cuisse gauche du praticien sert de contre-appui mobile à l'ensemble de la prise.

Dernier temps de la réduction

Le praticien amène globalement le sujet vers lui de manière à avoir le processus xiphoïde de son sternum à l'aplomb des processus articulaires L5-S1.

Le praticien fixe le levier supérieur et mobilise le levier inférieur en

rotation sur la fin du temps expiratoire du cycle respiratoire du sujet par l'intermédiaire de la partie médiale (interne) de son avant-bras placé sur la fesse du sujet, qui amène le bassin en rotation.

Rappel : Le pouce de la main droite du praticien est un guide et non pas un appui. L'impulsion est donnée avec l'avant-bras droit du praticien.

Technique de réduction 3

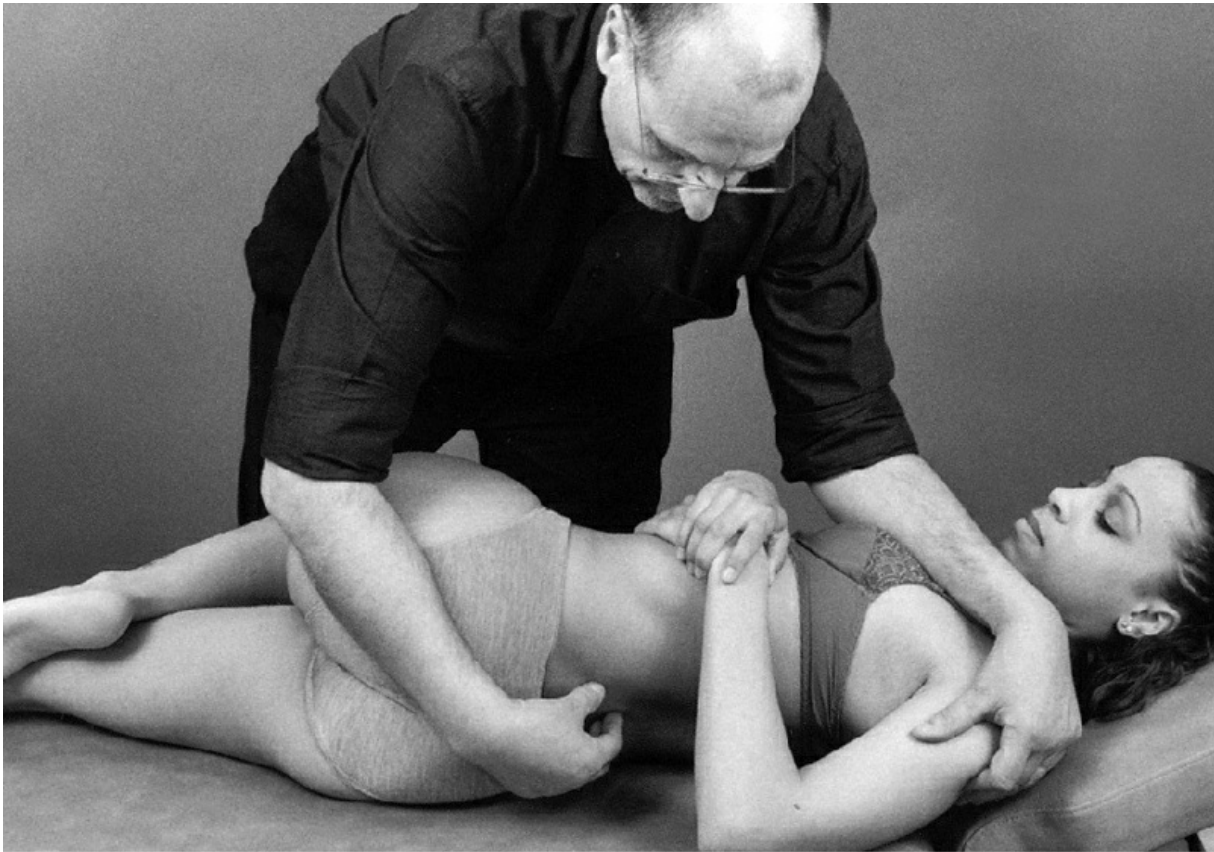


FIG. 6.9 Mise en place du sujet et du praticien

Le sujet est positionné en lumbaroll, les mains de ce dernier étant croisées sur son thorax. Le praticien, debout à la hauteur du bassin du sujet, place son avant-bras droit sur la fesse gauche du sujet et s'apprête, à l'aide de sa main droite, à se positionner de part et d'autre du processus épineux de L5.

Remarque : Dans ce type de technique, la postériorité du processus transverse peut être indifféremment placé sur la table ou au contraire en direction du plafond.

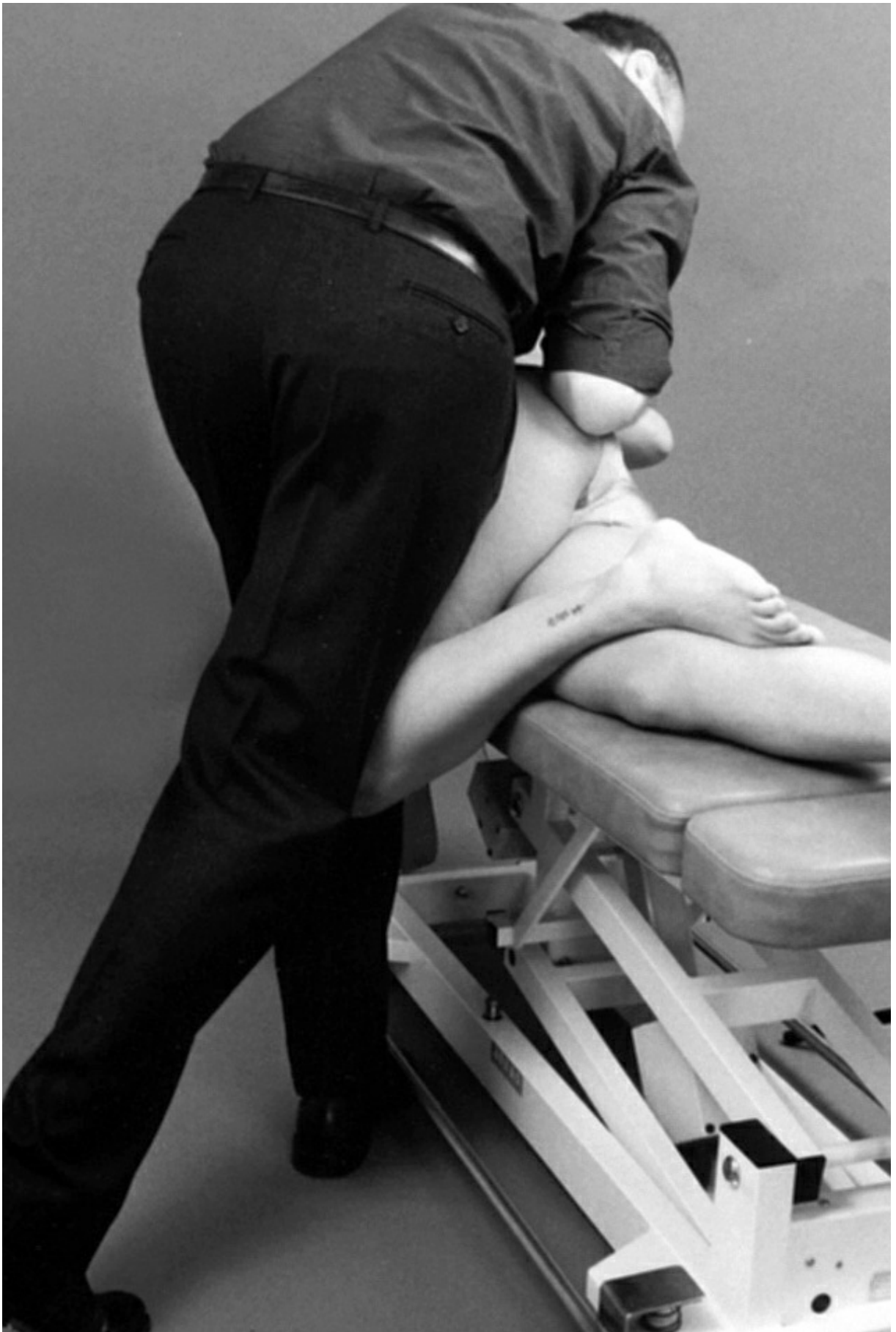


FIG. 6.10 Mise en place des paramètres

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Mise en place du levier inférieur

Il est important de mettre d'abord en place le levier inférieur. Pour ce faire, le praticien pousse légèrement le sujet à l'aide de sa cuisse droite plaquée sur la face latérale de la cuisse gauche du sujet.



FIG. 6.11 Mise en place des paramètres
Mise en place du levier supérieur
Réduction

La main gauche du praticien placée sur l'épaule gauche du sujet compacte le rachis étage par étage jusqu'à L5.

La main droite du praticien est positionnée, à l'aide d'une prise en « fourchette », de part et d'autre du processus épineux de L5. Le pouce se positionne sur le processus costiforme gauche (apophyse transverse) de L5. L'index, le majeur et l'annulaire de la main gauche du praticien se placent sur la partie latérale droite du processus épineux de L5.

Mobilisation avec impulsion

L'appui du membre inférieur droit du praticien sur la face latérale de la cuisse gauche du sujet se fait en direction crâniale, mais aussi d'arrière en avant afin de bien focaliser l'effet entonnoir au niveau de la charnière lombo-

sacrée.

Le praticien tire le sujet vers lui à l'aide de la face médiale (interne) de son avant-bras de manière à amener le nombril de ce dernier en direction de la table, tout en maintenant les épaules du sujet au contact de cette même table.

Dans cette technique, on fixe le levier inférieur.

Impulsion

Le levier inférieur étant en place, la réduction est obtenue par la simultanéité de trois actions :

1. le praticien porte l'impulsion vers l'avant à l'aide de sa main droite ;
2. il ouvre l'espace L5-S1 avec sa cuisse droite ;
3. il compacte le levier supérieur à l'aide de sa main gauche sur L5-S1 (action ressentie par la main droite du praticien) et c'est à ce moment qu'il porte l'impulsion.

Technique de réduction 4



FIG. 6.12 Position du sujet et du praticien

Le sujet est positionné en lumbaroll avec les bras croisés sur son thorax. Le praticien, debout, à la hauteur du bassin du sujet, place son genou droit au contact de la face médiale (interne) de la cuisse droite du sujet.

Remarque : La forme que prend la prise de la main droite du praticien posée à plat (sur la figure ci-contre) au niveau de L5 a peu d'importance : cela peut aussi être une prise avec l'index, ou bien en fourchette, etc.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 6.13 Position du sujet et du praticien
Autre vue

Vue sous un autre angle des positions respectives du sujet et du praticien. Noter la position du membre inférieur gauche du praticien qui prend appui contre la table, et celle du membre inférieur droit, dont le genou est au contact de la face médiale (interne) de la cuisse droite du sujet. Noter la position particulière de la jambe droite du praticien.



FIG. 6.14 Réduction

Sur la figure ci-contre on constate que le praticien a choisi une prise dite en « fourchette », comme cela a été précédemment précisé ([fig. 6.11](#)). Le type de prise pour la main droite a peu d'importance ; elle n'est qu'un adjuvant et toutes les prises de main sont possibles.

Rôle de la main droite du praticien

- Son rôle est de contrôler l'ilium par l'intermédiaire de son avant-bras.
- Les doigts de cette main viennent se crocheter de chaque côté du processus épineux de L5 et cette main doit sentir, percevoir, le déplacement du processus épineux de L5 qui se déplace vers le praticien lorsqu'il amène le sujet vers lui.

Rôle de la jambe droite du sujet

Elle a un rôle clef dans cette technique : c'est elle qui induit l'effet rotatoire pour réduire la restriction de mobilité siégeant au niveau des articulations interapophysaires L5-S1. Cet effet rotatoire est amené par une extension de la jambe droite du praticien, extension qui doit être brève et sèche.

Technique de réduction 5



FIG. 6.15 Position du sujet et du praticien

Le sujet est en lumbaroll, les épaules de ce dernier étant bien plaquées au

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

contact de la table. Il est demandé au sujet de croiser ses bras sur sa poitrine.
Le praticien contrôle la cuisse gauche du sujet à l'aide de ses genoux.

Remarque : Dans ce cas, la postériorité du processus transverse de L5 est positionné sur la table.



*****ebook converter DEMO Watermarks*****

FIG. 6.16 Mise en place des paramètres, phase 1

Sur la figure ci-contre le praticien s'apprête à l'aide de la face antérieure de son avant-bras gauche à faire rouler le moignon de l'épaule droite du sujet afin de venir placer sa main gauche au contact de la face postérieure du moignon de l'épaule et de la scapula du sujet.



FIG. 6.17 Mise en place des paramètres, phase 2

La main gauche du praticien se glisse au contact de la face postérieure du moignon de l'épaule du sujet et au contact de la face postérieure de sa scapula.



FIG. 6.18 Mise en place des paramètres, phase 3

Le bord radial de l'index de la main droite du praticien se positionne sur le processus épineux de L5.

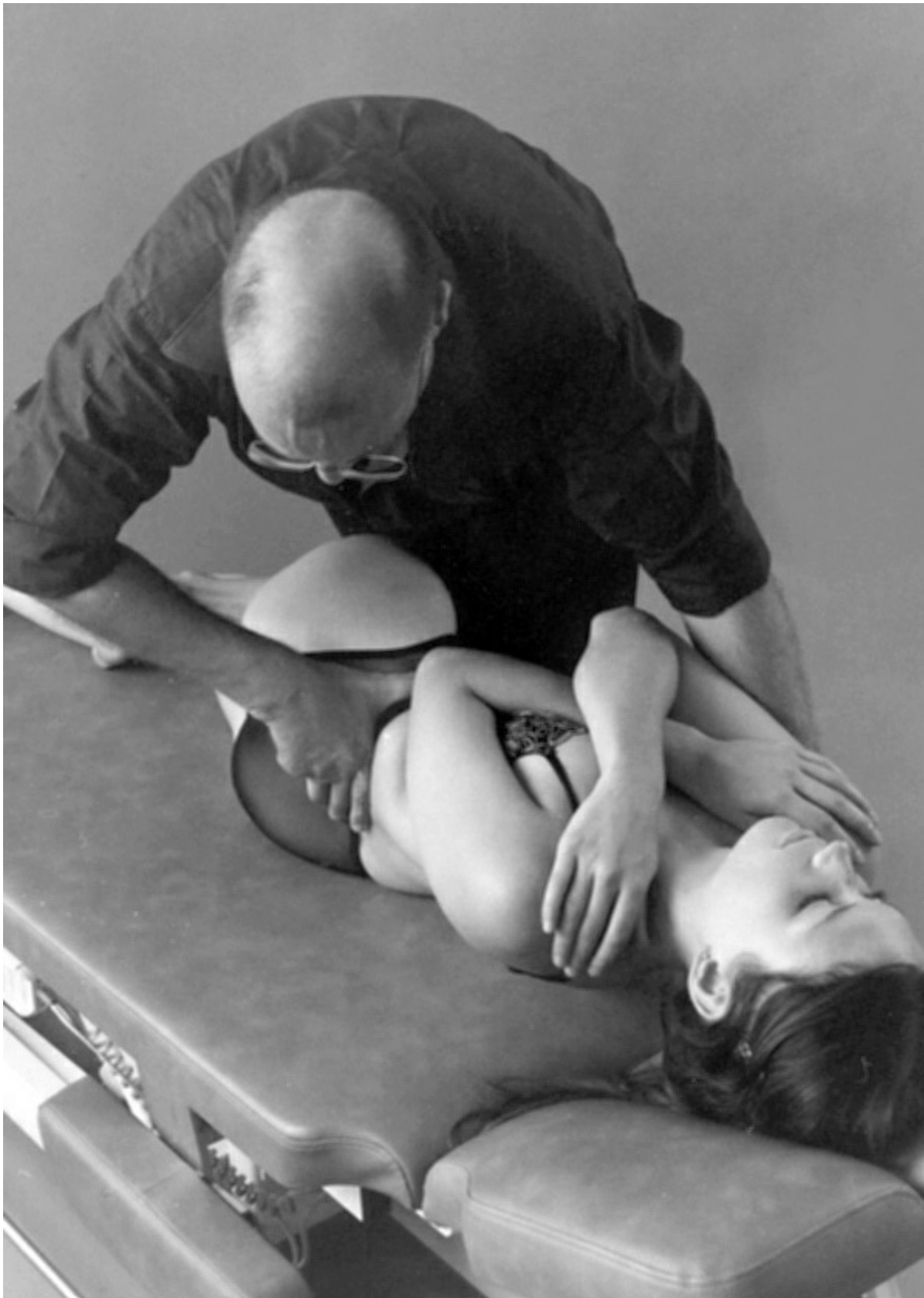


FIG. 6.19 Réduction, phase 1

Le praticien pousse le processus épineux de L5 en avant par l'intermédiaire

du bord radial de l'index de sa main droite.

Remarque : Cette phase de la technique est réalisée dans le même temps que la deuxième phase, décrite ci-dessous, les deux n'étant présentées séparément que pour des raisons didactiques.

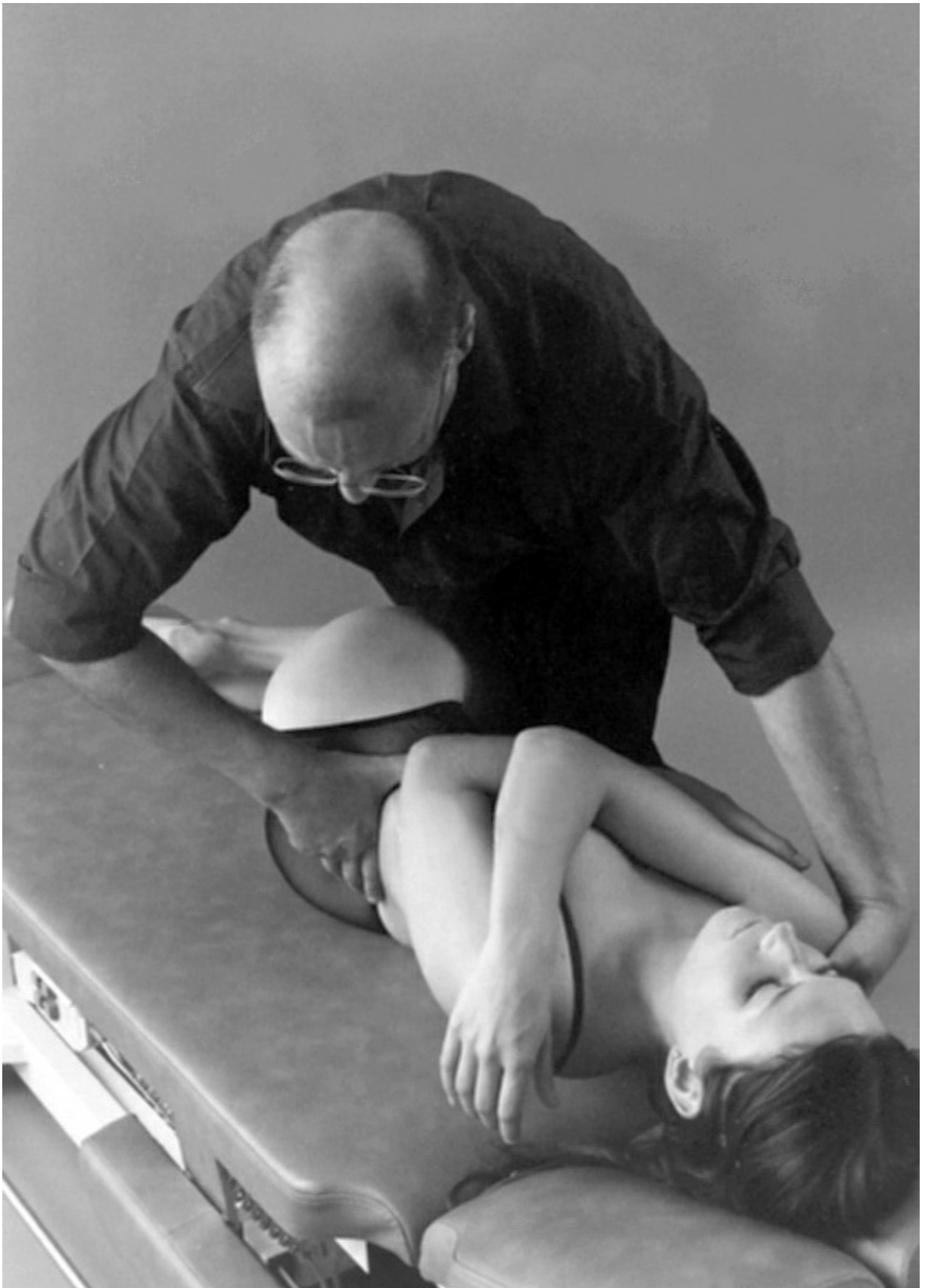


FIG. 6.20 Réduction, phase 2

En même temps que le praticien exerce une poussée vers l'avant du
*****ebook converter DEMO Watermarks*****

processus épineux de L5 par l'intermédiaire de sa main droite (voir [fig. 6.19](#)), il tire antérieurement sur l'épaule droite du sujet.

Cette action de la main droite du praticien entraîne une dérotation de l'ensemble du rachis jusqu'à L4.

C'est une technique qui utilise un grand bras de levier, et qui a pour effet d'amener le processus transverse droit de L5 vers l'avant.

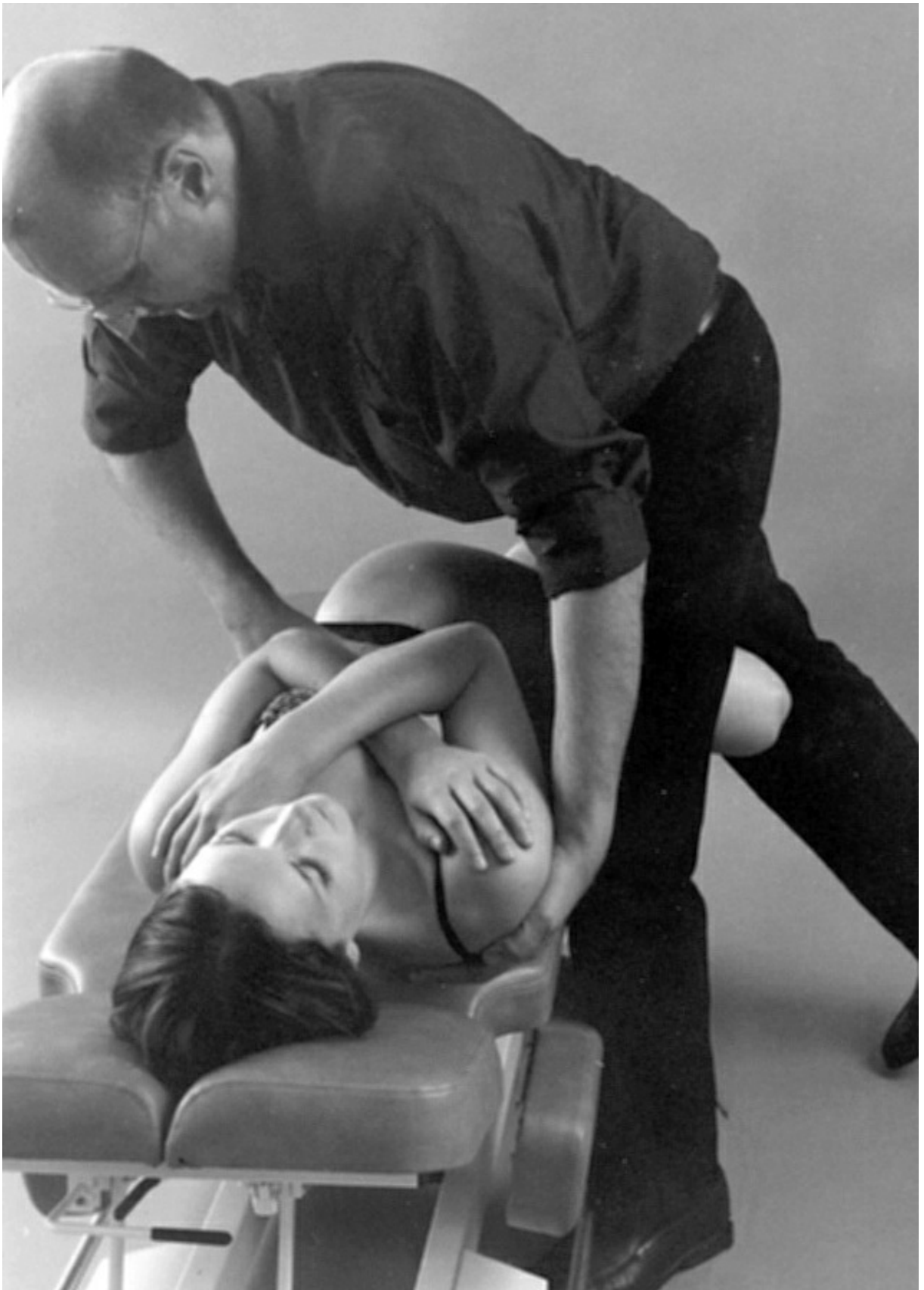


FIG. 6.21 Réduction
Autre vue

Technique de réduction vue sous un autre angle permettant de bien visualiser la position de la main gauche du praticien ainsi que le positionnement de son corps.

Annexes

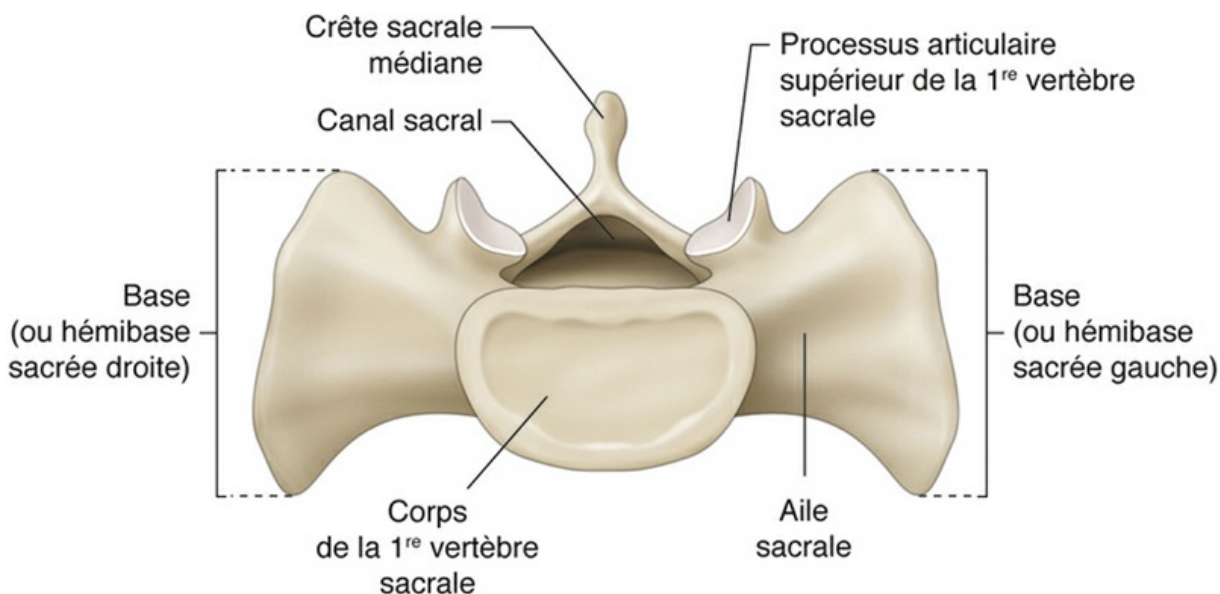


FIG. 1 Vue supérieure du sacrum.

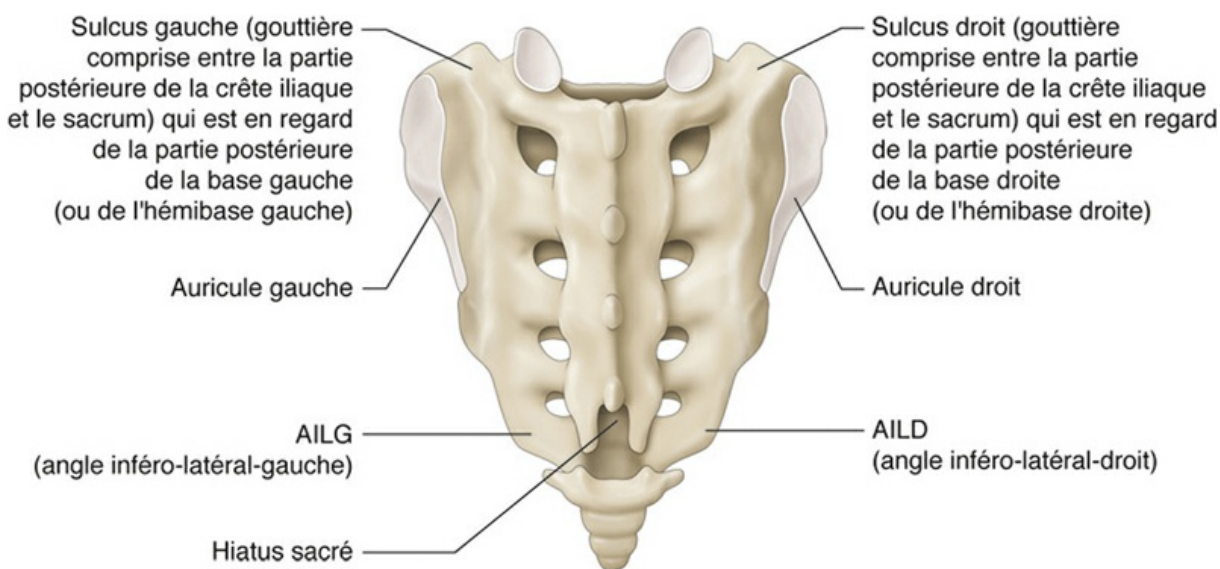


FIG. 2 Vue dorsale (ou postérieure) du sacrum.

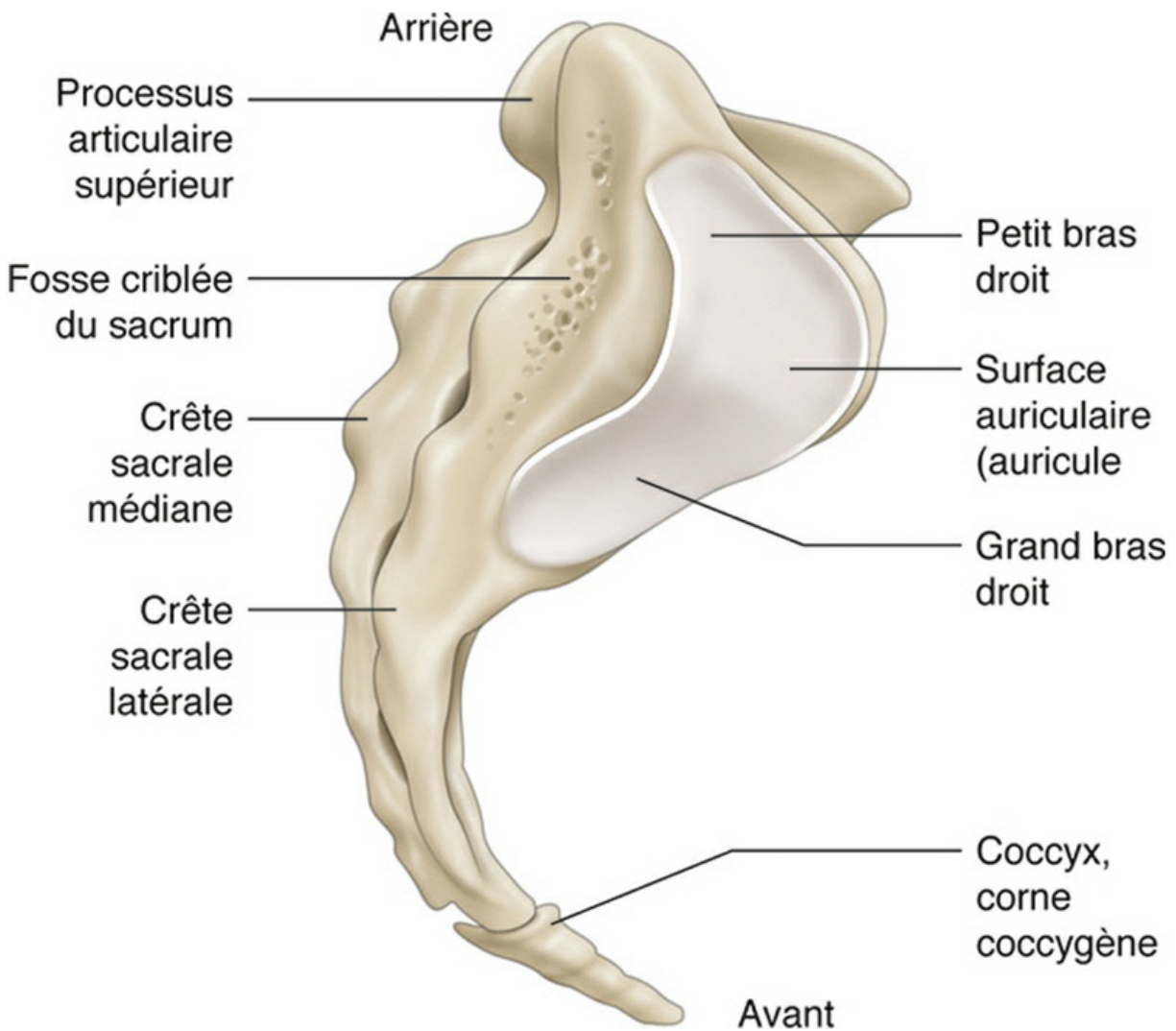


FIG. 3 Sacrum et coccyx, face latérale.

Rappel : sur chacune des faces latérales (latérale droite et latérale gauche) du sacrum, on distingue un segment supérieur qui est large et qui est globalement au niveau des deux premières vertèbres sacrales (vertèbres sacrées). La partie antérieure et inférieure de ce segment supérieur est occupée par une surface articulaire que l'on appelle la surface auriculaire sacrale ou auricule du sacrum qui est en forme d'un rail creux (gouttière) qui s'articule avec la surface articulaire correspondante de l'ilium, qui peut être assimilée à un rail plein. On donne le nom de petit bras au segment court de cette surface articulaire et le nom de grand bras au segment long de cette même surface articulaire (voir [fig. 3](#)).

Sur chacune de ces faces latérales, on distingue également au-dessous des surfaces articulaires un segment inférieur qui est un bord relativement épais où s'insèrent les ligaments sacro-tubéraux et qui correspond globalement aux trois dernières vertèbres sacrées.

On donne le nom d'AIL (angle inféro-latéral) à la partie la plus saillante de ce bord qui est palpable sous les doigts, formant une sorte d'angle (voir [fig. 2](#)).

Les différents axes du sacrum autour desquels peuvent se « matérialiser » les différentes dysfonctions et restrictions de mobilité présentées dans cet ouvrage et concernant le sacrum

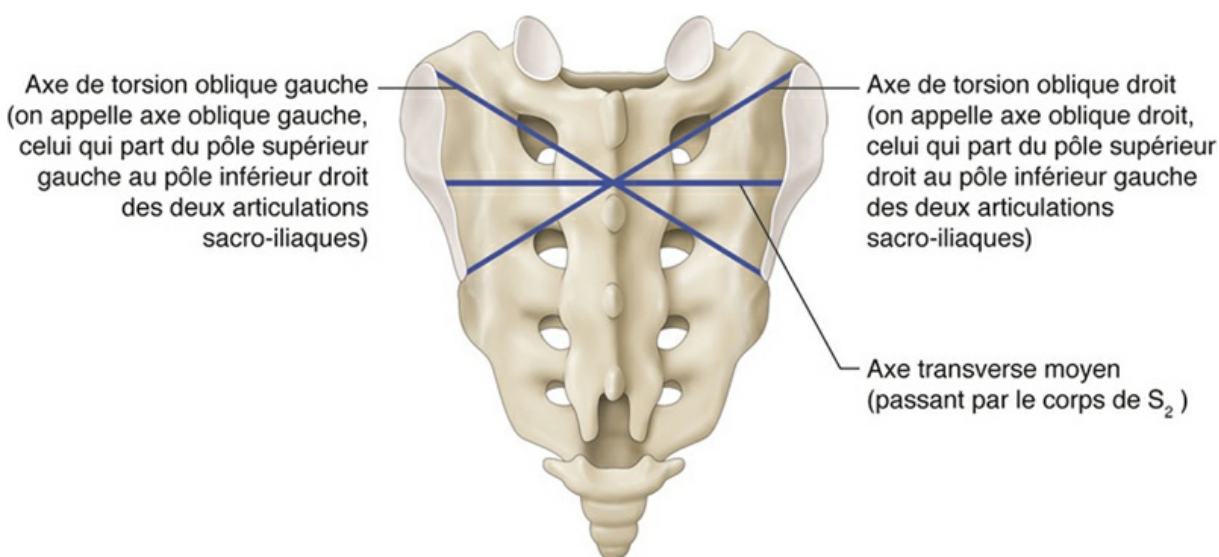


FIG. 4 Le sacrum : vue dorsale (ou postérieure). Visualisation des axes présentés ci-dessus.

L'axe oblique droit : c'est un axe qui va du pôle supérieur de l'articulation sacro-iliaque droite au pôle inférieur de l'articulation sacro-iliaque gauche ; c'est-à-dire un axe qui part de l'extrémité supérieure du petit bras droit de l'auricule droite de l'articulation sacro-iliaque droite, à l'extrémité inférieure du grand bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche.

L'axe oblique gauche : c'est un axe qui va du pôle supérieur de l'articulation sacro-iliaque gauche au pôle inférieur de l'articulation sacro-iliaque droite ; c'est-à-dire un axe qui part de l'extrémité supérieure du petit bras gauche de l'auricule gauche de l'articulation sacro-iliaque gauche, à l'extrémité inférieure du grand bras droit, de l'auricule droite de l'articulation sacro-iliaque droite.

Le demi-axe horizontal moyen gauche : c'est la partie gauche de l'axe transverse moyen du sacrum encore appelé axe sacro-iliaque qui passe par le corps de S₂.

Le demi-axe horizontal moyen droit : c'est la partie droite de l'axe transverse

moyen du sacrum encore appelé axe sacro-iliaque qui passe par le corps de S2.

Glossaire

Auricule ou surface auriculaire. On l'appelle ainsi parce que le contour de cette surface articulaire ressemble à celui du pavillon de l'oreille. Elle est située sur le segment supérieur de la face latérale du sacrum et elle s'articule avec une facette articulaire semblable portée par l'os coxal et qui lui correspond (voir *Annexe fig. 3*).

Axe oblique droit. C'est un axe qui va du pôle supérieur du petit bras droit de l'auricule droit du sacrum, au pôle inférieur du grand bras gauche de l'auricule gauche de ce même sacrum (voir *Annexe fig. 4*).

Axe oblique gauche. C'est un axe qui va du pôle supérieur du petit bras gauche de l'auricule gauche du sacrum, au pôle inférieur du grand bras droit de l'auricule droit de ce même sacrum (voir *Annexe fig. 4*).

Axe transverse moyen sacro-iliaque. Cet axe passe au niveau de la deuxième vertèbre sacrée, il est utilisé par le sacrum au cours de la flexion et de l'extension normale du rachis lombaire. C'est autour de cet axe que le sacrum réalise des mouvements de bascule antérieure et postérieure par rapport à l'os coxal (voir *Annexe fig. 4*).

Base sacrée. Dans cet ouvrage et en ostéopathie en général, ce terme est utilisé pour définir la partie postérieure de la première vertèbre sacrée. Nous parlons de base sacrée droite ou gauche, pour définir le côté de cette vertèbre sur laquelle nous agissons (dans le langage anatomique la base sacrée est la partie supérieure du corps vertébral de la première vertèbre sacrée).

Contracture. De multiples micro-traumatismes physiques ou chimiques peuvent entraîner une contraction réflexe, permanente et douloureuse d'un muscle. Elle se traduit à l'examen palpatoire par une induration.

Demi-axe transverse moyen sacro-iliaque. Une bascule unilatérale antérieure droite (BUAD) ou une bascule unilatérale postérieure droite (BUPD) en dysfonction peut se produire autour d'un demi-axe horizontal droit ou gauche et inversement en ce qui concerne la bascule unilatérale antérieure

gauche (BUAG) ou la bascule unilatérale postérieure gauche (BUPG) (voir *Annexe fig. 4*).

Effet entonnoir. L'entonnoir est un petit instrument de forme conique, terminé par un tube et servant à verser un liquide dans un récipient de petite ouverture. Il sert quelquefois à diriger certains fluides sur une partie précise. C'est cette image que le praticien doit avoir en tête lorsqu'il veut diriger, concentrer toute l'énergie qu'il canalise en mettant en place les leviers supérieurs et inférieurs ; lorsqu'il réalise une technique de manière à focaliser cette énergie sur une structure osseuse en particulier (la base ou l'hémibase sacrée droite par exemple) dans le but de lever une restriction de mobilité qui porterait sur ce cas précis sur la base du sacrum en restriction de mobilité par rapport à l'ilium.

Enthésopathie. Les enthésopathies recouvrent : l'atteinte des insertions musculaires, les tendinopathies, les tendinoses, les périostoses. Ces atteintes peuvent être traumatiques, dégénératives ou par arrachements, elles peuvent être également le résultat de micro-traumatismes. Elle peuvent être également secondaires : c'est le cas dans les pathologies inflammatoires par exemple.

Grand bras de l'auricule de l'articulation sacro-iliaque. On donne le nom de grand bras droit (GBD) ou de grand bras gauche (GBG) de l'auricule droit ou gauche de l'articulation sacro-iliaque droite ou gauche au segment le plus long de cette surface articulaire qu'est l'auricule droit ou gauche porté par la face latérale du sacrum (voir *Annexe fig. 3*).

Ilium. Dans cet ouvrage, l'ilium est synonyme d'os coxal (l'os coxal étant formé de l'ilium, de l'ischion et du pubis).

Impulsion. L'impulsion est un geste technique de basse amplitude et de haute vélocité que l'on porte au cours d'une mobilisation pour réduire une restriction de mobilité siégeant au niveau d'une articulation.

Levier inférieur. Par ce terme, on désigne l'ensemble du membre inférieur que l'on place dans une position particulière avant de réaliser une mobilisation avec ou sans impulsion. Il est partie intégrante de la position dite de lumbaroll.

Levier supérieur. Par ce terme, on désigne l'ensemble du membre supérieur associé au tronc et au rachis en particulier, que l'on place dans une position particulière avant de réaliser une mobilisation avec ou sans impulsion. Il est partie intégrante de la position dite de lumbaroll.

*****ebook converter DEMO Watermarks*****

Lumbaroll. C'est une position particulière dans laquelle on place le sujet avant d'effectuer certaines techniques de mobilisation avec ou sans impulsion portant sur le sacrum, l'os coxal ou le rachis lombaire.

Petit bras de l'auricule de l'articulation sacro-iliaque. On donne le nom de petit bras droit (PBD) ou de petit bras gauche (PBG) de l'auricule droit ou gauche de l'articulation sacro-iliaque, droite ou gauche au segment le plus court de cette surface articulaire qu'est auricule droit ou gauche porté par la face latérale du sacrum (voir *Annexe fig. 3*).

Spasme musculaire. Le spasme est une augmentation de la tension d'un muscle avec ou sans raccourcissement dûe à une activité non volontaire. Il ne peut être supprimé par la relaxation volontaire. Il faut le différencier de la contracture.

Sulcus sacré ou sillon sacré. C'est la dépression située entre la partie la plus postérieure de la crête iliaque (au-dessus de l'EIPS et la crête sacrée) ; en regard de la face postérieure de la première vertèbre sacrée. Lorsque le praticien place ses doigts dans le sulcus sacré, il est au contact de la base (ou hémibase) sacrée droite ou gauche.

Bibliographie

- Aemmer C. – *Manuel des techniques mécanistes du système locomoteur périphérique*. Genève: Etioscience SA; 1983.
- Andersson G-B. – Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*. 1999 Aug 14;354(9178):581–585.
- Andersson G-B, Lucente T, Davis A-M, Kappler R-E, Lipton J-A, Leurgans S. – A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard car for patients with low back pain. *N Eng J Med*. 1999;341:1426–1431.
- Baral J.-P., Mathieu J.-P., Mercier P. – *Ostéopathie : Diagnostic articulaire vertébral*. Éditions de Verlaque. 2^e édition, Aix-en-Provence, 1992.
- Beal M-C. – The sacroiliac problem: Review of anatomy, mechanics, and diagnosis. *J Am Osteopath Assoc*. 1982;(81):667–679.
- Bernard T-N. – The role of the sacroiliac joints in low back pain: basic aspects of physiopathology, and management. In: Vleeming A, Mooney V, Dorman T, Snijders C-J, Stockart R, eds. *Movement, stability and low back pain*. UK: Churchill Livingstone; 1997:73–88.
- Borenstein D-G. – Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol*. 2000 Mar;12(2):143–149.
- Bowman C, Gribble R. – The value of the forward flexion test and three tests of leg length changes in the clinical assessment of movement of the sacroiliac joint. *J Orth Med*. 1995;172:66–67.
- Broadhurst N-A, Bond M-J. – Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction. *J Spinal Disord*. 1998 Aug;11(4):341–345.
- Burton A-K, Tillotson K-M, Cleary J-C. – Single-blind randomised controlled trial of chemonucleolysis and manipulation in the treatment of symptomatic lumbar disc herniation. *Eur Spine J*. 2000;9:202–207.
- Busquet L. – *Les chaînes musculaires*. Tome III : La pubalgie. Édition Frison Roche, 2^e édition, 1993, 164-9.
- Calvillo O, Skaribas I, Tumipseed J. – Anatomy and pathophysiology of the sacroiliac joint. *Curr Rev Pain*. 2000;4(5):356–361.
- Christ B, Günther J, Frölich E, Huang R, Flöel H. – Morphologische Grundlage des Sellschen Irritationspunktes für Iliosakralgelenk. *Manuelle Medizin*. 2001;39:241–245.
- Colo-Verheyen M. – *Manuel pratique de manipulations ostéopatique*. Paris: Maisonneuve; 1996: 15.
- Downing C.-H. – Osteopathic Principles in Disease. Édition Ricardo J. Orozco, 1935, 204-254.
- Dreyfuss P, Dreyer S, Griffin J, Hoffman J, Walsh N. – Positif sacro-iliac screening tests in asymptomatic adults. *Spine*. 1994;19(10):1138–1143.
- Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. – The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine*. 1996 Nov 15;21(22):2594–2602.
- Fortin J, Aprill C-N, Ponthieux R-T, Pier J. – Sacroiliac joint: Pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part I: Asymptomatic volunteers. *Spine*. 1994;19:1475–1482.

- Fortin J, Aprill C-N, Ponthieux R-T, Pier J. – Sacroiliac joint: Pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part II: Clinical evaluation. *Spine*. 1994;19:1483–1489.
- Fortin J-D, Falco F-J. – The Fortin finger test: an indicator of sacroiliac pain. *Am J Orthop*. 1997 Jul;26(7):477–480.
- Freburger J-K, Riddle D-L. – Measurement of sacroiliac joint dysfunction: a multicenter intertester reliability study. *Phys Ther*. 1999 Dec;79(12):1134–1141.
- Galm E, Fröhling M, Rittmeister M, Schmitt E. – Sacroiliac joint dysfunction in patients with imaging-proven lumbar disc herniation. *Eur Spine J*. 1998;7:450–453.
- Greenman P-E. *Principles of manual medicine*. – Second edition Pennsylvania: Williams and Wilkins; 1996: 305-30.
- Grob K-R, Neuhuber W-L, Kissling R-O. – Die Innervation des Sacroiliacalgelenkes beim Menschen. *Z Rheumatol*. 1995 Mar-Apr;54(2):117–122.
- Harvey E, Burton A-K, Moffett J-K, Breen A. – Spinal manipulation for low-back pain: a treatment package agreed by the UK chiropractic, osteopathy and physiotherapy professional associations. *Man Ther*. 2003;8(1):46–51.
- Heinking K, Johns J-M, Kappler R-E. – Pelvis and sacrum. In: Ward R-C, ed. *Foundations for Osteopathic Medicine*. Williams & Wilkins: Pennsylvania; 1997:601–622.
- Huguenin F. – *Médecine orthopédique, médecine manuelle, diagnostic*. Paris: Masson; 1991.
- Huguenin F. – *Acquisitions récentes en médecine manuelle*. Paris: Masson; 1996.
- Humphreys K. – Back pain syndromes- a chiropractic perspective. In: Fairbank J-C-T, Pynsent P-B, eds. *Back Pain classification of syndromes*. Manchester University Press; 1990:73–81.
- Koes B-W, Assendelft W-J, Van der Heij G-J, Bouter L-M. – Spinal manipulation for low back pain. An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine*. 1996 Dec;21(24):2860–2871: discussion 2872-3.
- Kuchera W.-A., Kuchera M.-L. – *Osteopathic Principles in Practice*. Revised second edition. Original Works, Columbus, 1992, 499-512.
- Laslett M, Williams M. – The reliability of selected provocation tests for sacroiliac joint pathology. *Spine*. 1994;(19):1243–1249.
- Le Corre F, Rageot E. – *Atlas pratique de médecine manuelle ostéopathique*. Masson: Paris; 2001: 133-53.
- Licciardone J-C, Stoll S-T, Fulda K-G, Russo D-P, Siu J, Winn W, Swift JR J. – Osteopathic manipulative treatment for chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2003 July;28(13):1355–1362.
- Maigne J-Y, Aivaliklis A, Pfefer F. – Results of sacroiliac double block and value of sacroiliac pain provocation test in 54 patients with low back pain. *Spine*. 1996;21(16):1889–1892.
- Maigne R. – Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. Expansion Scientifique Française, Paris, 1989, 59-62 et 98-99 et 492-500.
- O'Haire C, Gibbons P. – Inter-examiner and intra-examiner agreement for assessing sacroiliac anatomical landmarks using palpation and observation: pilot study. *Man Ther*. 2000;5(1):13–20.
- Phillips D-R, T Womey L-T. – A comparison of manual diagnosis with a diagnosis established by a uni-level lumbar spinal block procedure. *Man Ther*. 1996;2:82–87.
- Riddle D-L, Freburger J-K. – Evaluation of the presence of sacroiliac joint region dysfunction using a combination of tests: a multicenter intertester reliability study. *Phys Ther*. 2002 Aug;82(8):772–781.
- Riddle D-L, Freburger J-K. – Using published evidence to guide the examination of the sacroiliac joint region. *Phys Ther*. 2001 May;81(5):1135–1143.
- Saulicz E. – Mobilisation der Iliosakralgelenke, Eine Korrekturart des Beckens bei der Behandlung von

- lendenskoliosen. *Manuelle Medizin*. 2000;38:175–182.
- Schneiderw, Dvorak J, Trischer T. – *Médecine manuelle thérapeutique*. Paris: Masson; 1989.
- Schochat T, Jäckel W-H. – Rückenschmerzen aus epiderniologischer Sicht. *Manuelle Medizin*. 1998;36:48–64.
- Schwalzer A-C, Aprill C-N, Bogduk N. – The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine*. 1995;20:31–37.
- Slipman C-W, Jackson H-B, Upetz J-S, Chan K-T, Lenrow D, Vresilovic E-J. – Sacroiliac joint pain referral zones. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000 Mar;81(3):334–338.
- Tixa S. – *Atlas d'anatomie palpatoire du membre supérieur. Investigation manuelle de surface*. 2e édition Paris: Masson; 2001.
- Tixa S. – *Atlas d'anatomie palpatoire du cou, du tronc, du membre supérieur. Investigation manuelle de surface*. Paris: Masson; 1999.
- Tixa S, Ebenegger B. – *Atlas de techniques articulaires ostéopathiques des membres*. Paris: Masson; 2002.
- Tullberg T, Blomberg S, Branth B, Johnsson R. – Manipulation does not alter the position of the sacroiliac joint. A roentgenstereophotogrammetric analysis. *Spine*. 1998 May 15;23(10):1124–1128.
- Van der Wurff P, Hagmeijer R-H, Meyne W. – Clinical tests of the sacroiliac joint. A systemic methodological review, Part I: Reliability. *Man Ther*. 2000 Feb;5(1):30–36.
- Van der Wurff P, Meyne W, Hagmeijer R-H. – Clinical tests of the sacroiliac joint. *Man Ther*. 2000 May;5(2):89–96.
- Vincent-Smith B, Gibbons P. – Inter-examiner and intra-examiner reliability of the standing flexion test. *Man Ther*. 1999 May;4(2):87–93.
- Vleeming A, Stoeckart R, Volkers A-C, Snijders C-J. – Relation between form and function in the sacroiliac joint. Part I: Clinical anatomical aspects. *Spine*. 1990 Feb;15(2):130–132.
- Vleeming A, Volkers A-C, Snijders C-J, Stoeckart R. – Relation between form and function in the sacroiliac joint. Part II: Biomechanical aspects. *Spine*. 1990 Feb;15(2):133–136.
- Walker B-F. – The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*. 2000 Jun;13(3):205–217.

SERGE TIXA
BERNARD EBENEGER

ATLAS

de techniques
articulaires
ostéopathiques



TOME 2
LE BASSIN ET
LA CHARNIÈRE LOMBO-SACRÉE

2^e édition

DIAGNOSTIC

CAUSES

TABLEAU CLINIQUE

RÉDUCTIONS

ELSEVIER

Elsevier Masson

